



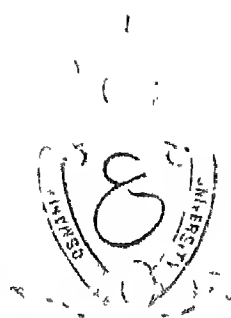
**DELHI UNIVERSITY
LIBRARY**

DELHI UNIVERSITY LIBRARY

Cl. No. L9F55:4 168N39

Ac. No. 33915 Date of release for loan
= 8 JAN 1980

This book should be returned on or before the date last stamped below. An overdue charge of 5 Paise will be collected for each day the book is kept overtime.



تصانیف و کتب علم طب و کتب علم امراض النساء

فی۔ وائس ایڈن ایم۔ ڈی سی ایم (ایڈنبرگ) ایف۔ آر سی۔ پی (لنڈ) ایف۔ آر سی۔ ایس (ایڈنبرگ) ایف۔ سی۔ او۔ جی
کیمبرٹ لاکیر ایم۔ ڈی بی ایس (لنڈ) ایف۔ آر سی۔ پی (لنڈ) ایف۔ آر سی۔ ایس (ایڈنبرگ) ایف۔ سی۔ او۔ جی
(پروفیسر ایڈیشن)
ایچ۔ بیک وٹھوائٹ ہوس ایم۔ بی ایم۔ ایس (لنڈ) سی ایچ۔ ایم (برنگم) ایف۔ آر سی۔ ایس (انگلستان)
ایف۔ سی۔ او۔ جی ایف۔ ایس سی۔ ایس (آزیری)

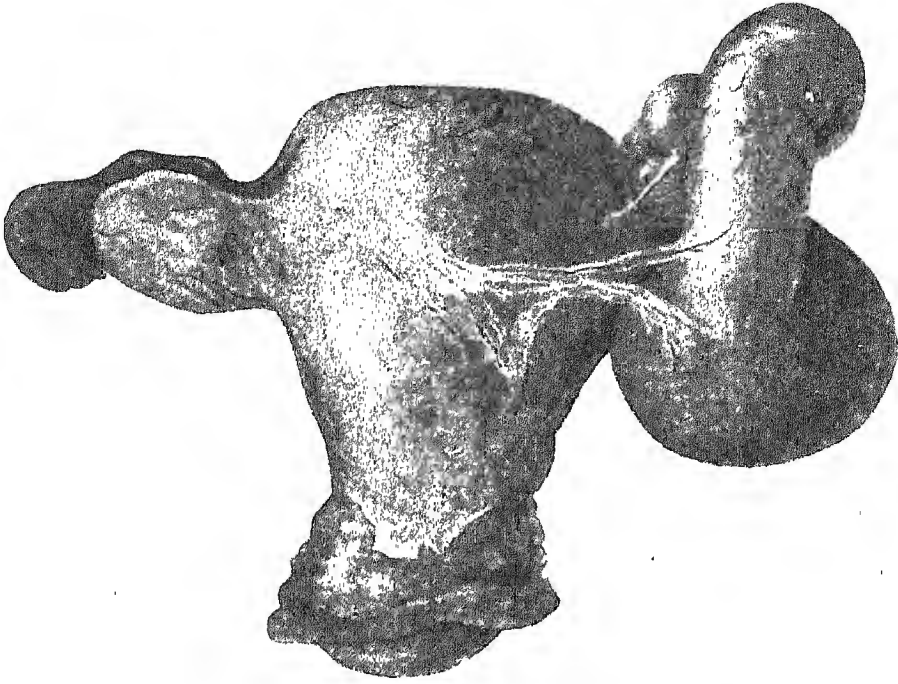
جلد اول
معہ ۱۵ صفحہ جات رنگین و ۲۲ تصاویر متن

ڈاکٹر غلام دستگیر رضا ایم۔ بی بی ایس، فنانس فیل کن شہر تملیف و ترجمہ معہ نمونہ کراغالی
۱۳۵۸ھ ۱۳۴۸ھ ۱۳۳۸ھ ۱۳۲۸ھ ۱۳۱۸ھ ۱۳۰۸ھ ۱۲۹۸ھ

دارالطبع اسلامیہ کراچی

v-1
33915

یہ کتاب جے اینڈ اے پریسل لمیٹڈ کی اجازت سے
جن کو حق اشاعت حاصل ہے اُرو میں ترجمہ کر کے
طبع و شائع کی گئی ہے۔



رحم اور زوائد کا خلفی منظر جس سے تناسلی خطہ کی صعودی سرانٹ کے نتائج ظاہر ہوتے ہیں۔ وہیں فلوپی ٹی میں معتد بہ کلانی پائی جاتی ہے۔ اور اس میں مزمن نیو بی جنٹل عریم (chronic pyosalpinx) موجود ہے۔ اس ٹی کا متسع استغنائی حصہ انفجانات سے رحم کی پھلی دیوار کے ساتھ منضم ہے۔ بائیں فلوپی ٹی میں نسبتاً کم درجہ کے الہتانی تغیرات پائے جاتے ہیں۔ بائیں بیض اور اس کے متناظر قرن رحم کے درمیان کے انفجانات حوضی الہتاپ باریطون کا آخری نتیجہ ہیں۔

(یونیورسٹی آف برنگھم، کالونیسیکولوجیکل میوزیم -)

فہرست مضامین

حصہ اول - تمہیدی

صفحہ

۳

باب اول - تشریح

۳

۱۔ زنانہ کہفہ حوض کی عمومی تشریح

۵

۲۔ حوضی باریطون اور خلوی بافت

۲۰

۳۔ فرش حوض

۲۵

۴۔ رحم

۲۵

۵۔ خلوی نلیاں

۵۰

۶۔ میضین

۷۲

۷۔ مہبل

۸۰

۸۔ فرج

۸۹

۹۔ مہال

۹۲

۱۰۔ منشاہ

۹۶

۱۱۔ غالب

۹۷

۱۲۔ حوض کے عروق خون

۱۰۱

۱۳۔ حوض کے عروق لمف

۱۰۵

۱۴۔ زنانہ حوضی اعضا کی تعصیب

۱۱۵

۱۵۔ زنانہ تناسلی بولی خطہ کا نو

صفحہ

۱۳۲

باب دوم - فعلیت

۱۳۲

۱۔ پستانوں کا صنفی دور

۱۴۱

۲۔ ببین کے افعال

۱۵۲

۳۔ رحم کے افعال

۱۷۵

۴۔ بلوغ

۱۷۷

۵۔ انقطاع الطمث یا سن یاس

۱۸۵

۶۔ دروں افزائی غدد

۱۸۹

باب سوم - امتحان کے طریقے

۱۸۹

۱۔ استفہامی امتحان

۱۹۲

ا۔ درد

۱۹۳

ب۔ نزف

۱۹۴

ج۔ مواد

۱۹۵

د۔ بتول کے اختلالات

۱۹۵

س۔ اورام شکم اور دیگر اورام

۱۹۶

۲۔ امتحان شکم

۲۰۱

۳۔ فرج اور مہبل کا امتحان

۲۰۴

۴۔ دوکستی امتحان

۲۱۱

۵۔ منطارت اور امتحان میں سہولت پیدا کرنے کے دیگر ذرائع

۲۱۷

۶۔ موادوں اور بافتوں وغیرہ کا امتحان

۲۱۹

۷۔ بولی نظام کا امتحان

۲۱۹

۸۔ شعاع نگاری

حصہ دوم - عمومی امراض النساء

صفحہ

۲۲۲

باب اول - نمو کے فتورات

۲۲۴

تشوہات

۲۲۵

ا۔ رحم، مہبل اور فرج کے تشوہات

۲۳۶

ب۔ فرج اور مہبل کی بے اشتقاقی کی حالتیں

۲۴۲

ج۔ تحت مبالغیت اور فوق مبالغیت

۲۴۵

د۔ خفثیت اور کاذب خفثیت

۲۴۹

س۔ تشوہات بیض

۲۵۱

س۔ فلوپی نلیوں کے تشوہات

۲۵۵

باب دوم - فسادات فعل

۲۵۵

۱۔ حیض

۲۵۵

ا۔ بے طہیت اور قلت طہ

۲۵۶

۱۔ ابتدائی بے طہیت

۲۶۶

۲۔ ثانوی بے طہیت

۲۷۳

ب۔ طہت بدیلی (طہت تعویضی)

۲۷۵

ج۔ کثرت طہت اور متجانس رحمی نزف

۲۸۳

د۔ درد حیض

۳۱۲

س۔ بین حیضی درد

۳۱۴

۲۔ استقرار عمل

۳۱۴

ا۔ جماع مولم

۳۲۲

ب۔ عقم

صفحہ

۳۳۵

ج۔ اقلناع حل

۳۳۶

۵۔ خارج الرحم (بے محل) حل

۳۳۸

۱۔ بیضی حل

۳۵۱

۲۔ انوبی حل

۳۵۶

۳۔ انوبی حل کی تشریح

۳۸۵

۴۔ انوبی حل کے سریری خصائص

۳۹۹

۵۔ خارج الرحم حل کا علاج

۴۰۶

باب سوم۔ زناہ اعضائے حوض کی سرایتیں

۴۰۶

۱۔ نسائی تناسلی بولی خطہ کے خرد عضویات

۴۱۲

۲۔ عفوتی تناسلی سرایتیں

۴۱۶

۱۔ تسمم الدم

۴۱۹

ب۔ عفونت الدم

۴۳۵

ج۔ تقيح الدم

۴۳۶

۵۔ حوضی التهاب باریطون

۴۴۶

س۔ حوضی خلوی التهاب

۴۵۸

۳۔ نوعی سرایتیں

۴۵۸

۱۔ سوزاک

۴۹۰

ب۔ آتشک

۵۰۰

ج۔ تدرن

۵۲۲

۵۔ شعاع فطریہ

۵۲۴

س۔ نبتہ قفزیہ اور دیگر طفیلیات کی سرایتیں

صفحہ

۵۴۰

۴۔ بولی خطہ کی سرایتیں

۵۴۰

ا۔ التهابِ مثانہ

۵۵۱

ب۔ التهابِ حوضِ گردہ اور حوضی طوری التهاب

۵۵۶

۵۔ غذائی خطہ کی سرایتیں

۵۵۶

ا۔ التهابِ زائده

۵۶۵

ب۔ التهابِ عطفہ

حصہ سوم۔ خطی امراض النساء

باب اول۔ فرج اور عجان کے امراض

۵۷۵

ا۔ التهابِ فرج

۵۷۵

۱۔ حاد التهابِ فرج

۵۷۹

ب۔ مزمن التهابِ فرج

۵۷۹

۱۔ فرج کا ایکزیما

۵۸۰

۲۔ فرج کی بیاضی سطحیت

۵۸۴

۳۔ پیرمردگی فرج

۵۸۶

۴۔ ذیابیطی التهابِ فرج

۵۸۸

۵۔ حکۃ الفرغ

۵۹۲

۲۔ فرج کا تقرح

۵۹۳

۳۔ فرج اور عجان کے ضربتی ضررات

۵۹۳

۱۔ دموی سلسلہ

۵۹۶

ب۔ فرج اور عجان کی دریدگی

صفحہ

۵۹۸

ج۔ شغری اور عجانی فتق

۵۹۹

د۔ وجع العصص

۶۰۱

۴۔ اورام فرج

۶۰۱

۱۔ تہیج

۶۰۲

ب۔ دوالی قلیلہ

۶۰۳

ج۔ بیش پرورشی اور بیش نکونی حالتیں

۶۰۸

د۔ فرج کی نوساختیں

۶۰۸

۱۔ سلیم

۶۱۰

۲۔ خبیث

۶۲۵

۵۔ بار تھولین کے غدہ کے امراض

۶۲۵

۱۔ التهاب

۶۲۸

ب۔ نوساختیں

۶۳۰

۶۔ مبال کے امراض

۶۳۱

۱۔ لیمبہ مبال

۶۳۳

ب۔ نوساختیں

۶۴۰

باب دوم۔ امراض مہبل

۶۴۰

۱۔ التهاب مہبل

۶۴۱

۱۔ حاد التهاب مہبل

۶۴۲

ب۔ مزمن التهاب مہبل

صفحہ

۶۴۶

۲۔ مہبل کا تقرح

۶۴۶

۳۔ مہبل کے ضربتی ضررات

۶۴۷

ناسور

۶۵۲

۴۔ نوسا جتیں

اشاریہ

نگین صفحہ جاکلی فہرست

صفحہ

صفحہ

تقریر

۳۶

رحم اور زوائد جن سے تناسلی خطہ کی صعودی سرایت کے نتائج ظاہر ہوتے ہیں۔

۱۔ رحم کا عضلی نظام

۲۔ جسم اصفر (Corpus Luteum) جس میں ذرات لیوٹینی (Granulosa Lutein) اور خلائی لیوٹینی خلیا (Theca-lutein Cells) دکھائے گئے ہیں۔

۶۶

۴۰

۱۵۳

۱۵۵

۱۶۲

۲۴۱

۲۹۲

۳۵۱

۳۵۸

۴۴۶

۴۵۸

۵۸۲

۵۸۵

۳۔ جسم اصفر (انحطاط پذیر)

۴۔ (ا) پیش حیضی دروں رحمہ - (ب) حل کا ابتدائی ریزینہ -

۵۔ طبعی دروں رحمہ (حالت قبل از حیض) -

۶۔ حیضی روبہ (در رحمی) جس میں دروں رحمی بافت موجود ہے -

۷۔ غیر منتقبت پرودہ بکارت -

۸۔ حیضی ریزینہ (Menstrual Decidua) جو صادق عصر الطشت کی ایک لٹھی

سے لیا گیا ہے (منظر بجز و نظر) -

۹۔ انبوی حل اور حوضی قیلہ دمویہ (Pelvic Hæmatocele) -

۱۰۔ انبوی استقاط -

۱۱۔ حوضی خلوی التهاب (Pelvic Cellulitis) یا نژد رحمی التهاب -

(Parametritis) -

۱۲۔ زنا نہ تناسلی خطہ کی سوزا کی سرایت کی سکیم -

۱۳۔ بیاض سطحیتی التهاب فرج (Leucoplakic Vulvitis) (دوسرا درجہ) -

۱۴۔ پژمردگی فرج (Kraurosis Vulvæ) (ابتدائی اور متاخر درجہ) -

علم امرأۃ النسا

حصۃ اول

تمہیدی

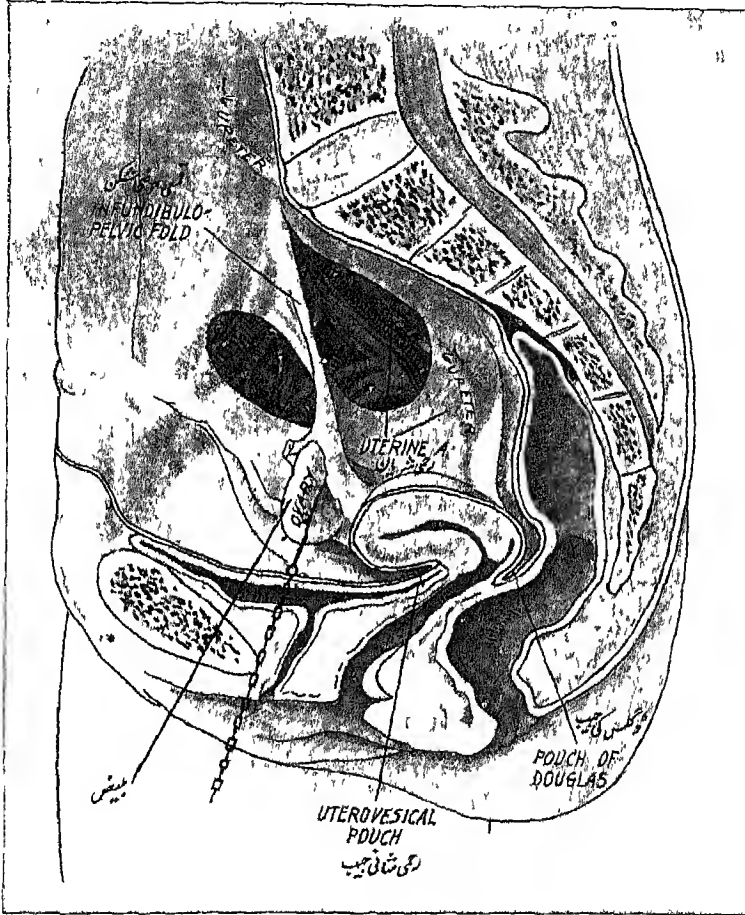
بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

حصّہ اول - باب اول تشریح

نسوانی اعضاء تناسل کی تشریح اور ان کا منہ زمانہ کہفہ حوض کی عمومی تشریح

- 3 حقیقی کہفہ حوض شکی یا باریطونی عمومی کہفہ کا زیر ترین حصّہ ہے، بالائی جانب سے یہ حوض کی لگر سے اور زیرین جانب سے یہ حوضی ڈایا فرام (pelvic diaphragm) سے محدود ہوتا ہے۔ اس کہفہ میں بیضین، مثانہ، رحم، فلوی نلیاں (Fallopian tubes) اور معائے مستقیم کا بالائی حصّہ پائے جاتے ہیں، اور سوائے بیضین کے یہ سب باریطون سے کم و بیش مکمل طور پر محصور ہوتے ہیں۔ نیز عظیم یعنی معدی قولونی ثرب (gastro-colic omentum) کا زیر ترین حصّہ لفافنی (ileum) کی کچھ گنڈلیاں اور حوضی قولون (pelvic colon) کا ایک چنبر بھی اس کے طبی مشمولات سے ہیں۔ علاوہ انہیں یہ بھی یاد رکھنا چاہئے کہ بعض حالتوں میں زائیدہ دودیدہ (vermiform appendix) حوض کی لگر کے اوپر آویزاں ہوتا ہے، اور دائیں مہیض اور دائیں فلوی نلی کے بیرونی حصّہ کے بہت قریب ہوتا ہے۔ مبال (urethra) ہبل (vagina) اور حقیقی انتفاخ (rectal ampulla) منہ قنال مبرز کے حوضی ڈایا منہ ام سے گزر کر مچان

(perineum) میں کھلتے ہیں۔ یہ حصے باریطونی انعکاس سے نیچے واقع ہوتے ہیں، اور فرداً فرداً بولی، تناسلی، اور عمومی خٹوں کو ظاہر کرتے ہیں۔ طبعی حوض کی وسطانی سہمی تراش سے زیادہ اہم اعضا کے باہمی عمومی تعلق کا پتہ چلتا ہے (شکل ۱ اور ۲)۔ عانہ (pubes) کے عین پیچھے مشانہ واقع ہے، اور ان کے درمیان تھوڑی سی ڈبیلی عروق دار اتصالی بافت حائل ہوتی ہے۔ مبال کی شکل ایک تنگ مجری کی سی دکھائی دیتی ہے جس کا رخ اس کے بالائی ایک تہائی حصہ میں عین نیچے کی طرف کو ہے، اور نیچے کے دو تہائی حصوں میں یہ خم کھا کر نیچے اور سامنے کی طرف کو چلا جاتا ہے، اور بولی منفذ (meatus urinarius) پر ختم ہوتا ہے۔ مشانہ کے پیچھے رحم واقع ہے، اور ان کو ایک باریطونی انعکاس ایک دوسرے سے علیحدہ کرنا ہے، لیکن انعکاس مذکور کے لیول کے نیچے یہ ایک دوسرے سے ٹھوڑے سے رقبہ پر خلوی بافت کے ذریعہ سے متحد ہیں۔ مہبل کا رخ نیچے کی اور سامنے کی طرف کو ہے، اور یہ فرج (vulva) پر ختم ہوتی ہے۔ اس کی اگلی طرف مشانہ اور مبال سے، اور پچھلی طرف معائے مستقیم کی سامنے کی دیوار سے خلوی اور لیغنی بافت کی ایک تغیر پذیر مقدار کے ذریعہ سے پیوستہ ہوتی ہے۔ مہبل کی سامنے کی دیوار کا زیرین ایک تہائی حصہ مبال کی پچھلی دیوار سے نہایت مضبوطی سے جڑا ہوتا ہے اور اس لئے ان ساختوں کا علیحدہ کرنا مشکل ہوتا ہے۔ جو ساختیں خلوی بافت کے مستویوں سے ایک دوسرے سے ملی ہوتی ہیں ان کو ان کی وجہ سے بذریعہ تقطیع ایک دوسرے سے علیحدہ کرنا آسان ہوتا ہے۔ اور ایسے مقامات پر جہاں کوئی خلوی بافت نہیں پائی جاتی طوقہ اعضا کا علیحدہ کرنا زیادہ مشکل ہوتا ہے، اور اس لئے عملیہ کے دوران میں ان کو ضرر پہنچنے کا اندیشہ ہوتا ہے۔ رحم کے پیچھے ایک وسیع باریطونی فضا ہوتی ہے جس کے مشمولات - ثرب (omentum) معائے صغیر اور حوضی قولون (شکل ۲ میں دو کر دئے گئے ہیں۔ اس فضا کی پچھلی طرف عجز (sacrum) کی اگلی جانب تک پہنچتی ہے، اور اس کی تحتانی جانب معائے مستقیم سے علاقہ رکھتی ہے۔ معائے مستقیم اور رحمی مہبل مقام اتصال کے درمیان اس فضا کے فرش کے زیر ترین حصہ میں ایک عمیق باریطونی حفرہ ہوتا ہے جس کو ماہرین تشریح یا وینچ آف ڈوگلز (pouch of Douglas) (ڈوگلز کی جیب) کے نام سے تعبیر کرتے ہیں۔ جل کے دوران میں اس موخر باریطونی جیب کی گہرائی بہت بڑھ جاتی ہے کیونکہ رحم بڑھنا شروع ہو جاتا ہے اور باریطون اس محل پر اپنی ہم پہلو بانٹوں سے مثبت ہوتا ہے۔



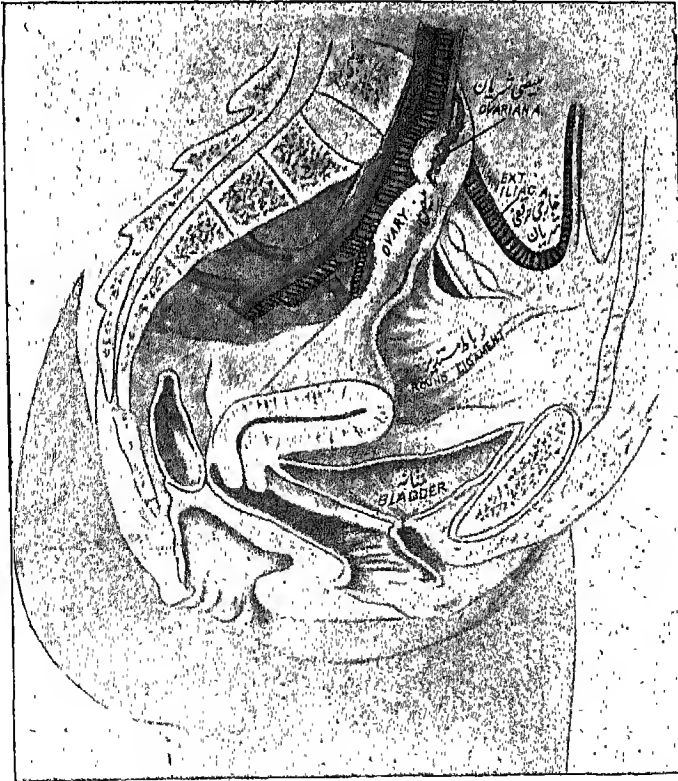
شکل ۱۔ وسطانی سہی تراش جو بالغ عظیم الولادت عورت کے حوض میں سے لی گئی ہے
(پائیر: Poirier)۔

حوضی باریطون اور خلوی بافت

باریطون۔ وسطانی سہی تراش میں (دیکھو شکل ۱ و ۲) باریطون کا تعاقب مقدم

شکلی دیوار سے عمود فقری تک کیا جاسکتا ہے۔ شکل ۲ میں مثانہ تقویٰ باغالی ہے اور حوض کی گگر کے بیول کے یا مکمل نیچے پڑا ہوا ہے۔ باریطون پہلے پہل ارتفاق عانہ (symphysis pubis) کی عقیقی چائیب سے علاقہ پیدا کرتا ہوا دکھائی دیتا ہے اور پھر یہ اوپر اٹھ کر خفیف سے منحنی فقر مثانہ کے اوپر سے منکس ہو کر اس نقطہ تک پہنچتا ہے جہاں موخر الذکر رحم کی مقدم دیوار سے مس کرتا ہے۔ باریطون اور مثانہ کی دیوار کے درمیان اتصالی باقت کی ایک کافی موٹی اور ڈھیلی تہہ حامل ہوتی ہے اور یہ ایک ایسی ترتیب ہے جس کی وجہ سے مثانہ کے باریطونی علاقوں میں جبکہ یہ متدد ہو کر اوپر کی جانب کو اٹھتا ہے اور حقیقی شکلی کہفہ میں پہنچ جاتا ہے نمایاں تغیرات پیدا ہوتے ہیں۔ باریطون کے فقر مثانہ سے رحم پر

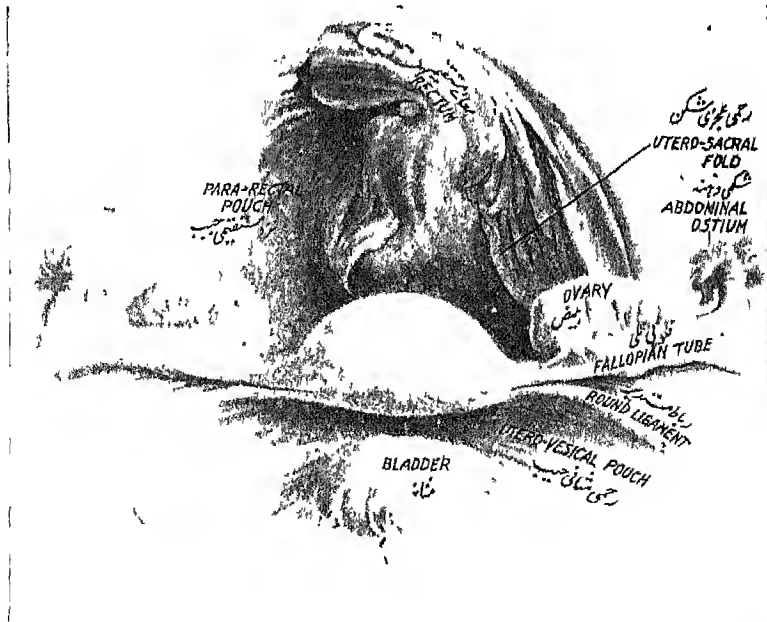
5



شکل ۲۔ وسطی سہی تراشش جو بالغ صاحب ولادت عورت کے حوض میں سے لی گئی ہے (پائیر پیر: Poirier)۔ ولادت کے امارات (۲) فران ہبل (ج) کلانی یافتہ و ہنہ ہبل (ج) عجائی جسم کے مقدم حصہ کی دیدگی کی شکل میں پائے جاتے ہیں۔

منعکس ہونے سے ایک باریطونی حفرہ یا جیب (pouch) لیبار ہو جاتی ہے جو رحمی مثانی جیب (utero-vesical pouch) کے نام سے موسوم ہے۔ جب شانہ بالکل خالی ہوتا ہے تو یہ جیب (pouch) کشادہ اور اتھلی ہوتی ہے، لیکن جب وہ منہد ہو جاتا ہے تو یہ تنگ اور گہری ہو جاتی ہے۔

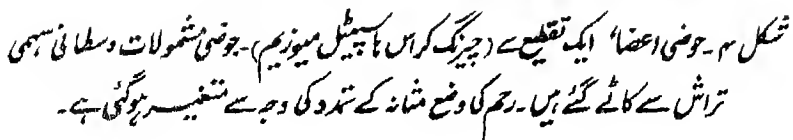
رحمی مثانی جیب (utero-vesical pouch) کے فرش سے باریطیون مقدم رحمی دیوار پر چلا جاتا ہے، اور اس کا تعاقب اس عضو کی چوٹی تک کیا جاسکتا ہے، جہاں سے یہ اسکی پچھلی دیوار پر سے ہوتا ہوا ڈگلس کی جیب (pouch of Douglas) میں پہنچ جاتا ہے، جو جسم کا زیر ترین مقام ہے جہاں پر کہ باریطیون پایا جاتا ہے۔ اس بیول پر پہنچنے سے قبل یہ رحم سے علیحدہ ہو کر مہبل کی پچھلی دیوار کے بالائی نصف انچ سے علاقہ پیدا کرتا ہے، جہاں ان کے درمیان اتصالی بافت کی ایک پتلی تہہ حاصل ہوتی ہے۔ رحم کی دیوار کے ساتھ باریطیون مضبوطی سے پیوستہ ہوتا ہے۔ اور سوائے مقدم دیوار کے تھوڑے سے رقبہ کے ان کے درمیان کوئی علوی بافت نہیں پائی جاتی (دیکھو صفحہ 12)۔ ڈگلس کی جیب (pouch of Douglas) کے فرش سے منعکس ہو کر باریطیون معائے مستقیم پر پہنچتا ہے۔



شکل ۳۔ حوضی اعضا جیب کہ یہ اوپر سے دکھائی دیتے ہیں۔ یہ تقویر ایک تقطیع سے بنائی گئی ہے (چیزنگ کر اس باسیٹیل میوزیم)۔

ابتداء میں یہ صرف اس کی مقدم دیوار کو پوشیدہ کرتا ہے مگر اوپر جا کر یہ اسکی مقدم اور ہر دو جانبی دیواروں کو محصور کرتا ہے۔ تیسرے عجزی فقرہ (sacral vertebra) کے لیول پر خط وسطانی میں یہ معائنہ مستقیم سے عجز کی مقدم سطح پر منکس ہو کر اوپر کی جانب کو جاتا ہے۔ اور عجزی طنقب (sacral promontory) سے گذر کر اس باریلیون سے جا ملتا ہے جو پچھلی شکمی دیوار کو پوشیدہ کرتا ہے۔ مذکورہ تمام رقبہ میں باریلیون کے نیچے علوی بافت کی ایک کافی موٹی تہ موجود ہوتی ہے۔

اوپر سے حوضی اعضا کا امتحان کرنے سے (شکل ۳) یہ ظاہر ہوتا ہے کہ حوضی کبفہ رحم اور دیگر چند ساختوں کے ذریعہ سے جو اس سے بلا واسطہ چسپیدہ ہوتی ہیں (یعنی رباطات عریض broad ligaments، علوی لیبوں Fallopian tubes، میضین اور قیفی حوضی شکلیوں infundibulo-pelvic folds سے) سرسری طور پر مقدم اور موخر دونوں خانوں میں منقسم ہے۔ ان جلد ساختوں سے ایک منحنی مستعرض فاصل بن جاتا ہے جو اگلی طرف سے قدرے محدب اور پچھلی جانب سے کسی قدر مقعر ہوتا ہے۔ اس باریلیون کا تعاقب جو مقدم خانہ (anterior compartment) کے فرش کو ڈھانپتا ہے حوض کی لگڑ سے لیکر حوضی دیوار کے باجی حصہ پر سے مثانہ کی جانب تک، اور اس عضو کے اوپر سے مقابل کی طرف کی حوضی دیوار اور حوض کی لگڑ تک مستعرض کیا جاسکتا ہے۔ مثانہ کی چوٹی پر سے یہ ایک عرضی شکن کی صورت میں گذرتا ہے جو مستعرض مثانی شکن (transverse vesical fold) کے نام سے موسوم ہے (دیکھو شکل ۳) مثانہ کی مذہبی طرف پر رحم کا مندریہ رباط (round ligament) اس خانہ کے فرش کو باریلیون کے نیچے سے قطر کی شکل میں عبور کرتا ہے اور داغی شکلی لقمہ (internal abdominal ring) تک پہنچ جاتا ہے۔ اس خانہ کے فرش کا وسطی حصہ رحمی مثانی جیب (utero-vesical pouch) کا متناظر ہے جس کا ذکر اوپر گذر چکا ہے۔ بعض اوقات یہ جیب (pouch) جانبوں پر دو مقدم موخر باریلیونی شکلوں سے محدود ہوتی ہے جو رحم کے اطراف سے مثانہ کے اطراف تک جاتے ہیں، اور رحمی مثانی رباطات (utero-vesical ligaments) کے نام سے موسوم ہیں۔ مگر یہ رباطات خفیف سے نمایاں ہوتے ہیں، اور ہمیشہ نہیں پائے جاتے، اور علیہ میں تناؤ و نادر ہی شناخت کئے جاتے ہیں۔ طبی حالات میں رحمی مثانی جیب (utero-vesical pouch) مضم ایک فتنائے بالقوہ ہوتی ہے، کیونکہ رحم اور مثانہ ایک دوسرے سے عین بس کرتے ہیں جب مثانہ متوسط تک متہدد ہوتا ہے تو اس کی ہر ایک جانب پر اٹھلے باجی حفروں کا ایک ایک جوا نظر آتا ہے



مؤخر خانہ (posterior compartment) مقدم کی نسبت بہت بڑا اور گہرا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۳، ۴، ۵)۔ سیریریاتی اصطلاح میں یہ خانہ ٹگلٹس کی جیب (pouch of Douglas) کہلاتا ہے، لیکن ماہر تشریح کے نزدیک یہ نام اس عمیق باریطونی حفرہ کے لئے مخصوص ہے جو معائنے مستقیم اور غشی جہلی مقام اتصال کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ اس خانہ کے باریطونی

فرش کا تناسب حوضی لگڑ سے لیکر نیچے کی طرف جانبی حوضی دیوار کے ساتھ ساتھ حوضی ڈایا فرام کے خط مبدا تک اور یہاں سے ڈسٹوان حوضی ڈایا فرام سے لیکر دائیں رحمی عجزی رباط (utero-sacral ligament) تک متغیر کیا جاسکتا ہے، یہ ایک بہت واضح شکن یا جید کی شکل میں صاف دکھائی دیتا ہے، جو رحم کی پچھلی اور باہر کی جانب سے لیکر عجز (sacrum) تک پہنچتا ہے (دیکھو شکل ۴ و ۵)۔ اس شکن کے اوپر سے باریطون نیچے کی طرف کو تقریباً عموداً چلا جاتا ہے جس سے ڈگلس کی تشریحی جیب (anatomical pouch of Douglas) بنتی ہے، اور پھر یہ مقابل کی جانب کے اوپر چڑھ کر بائیں رحمی عجزی رباط (utero-sacral ligament) تک پہنچ جاتا ہے، اور اس طرح یہ حوضی ڈایا فرام کے اوپر سے گذر کر مقابل کی حوضی دیوار اور حوضی لگڑ تک چلا جاتا ہے۔ دو باریطون جو عجز (sacrum) کی اگلی طرف کو ڈھانپتا ہے معائے مستقیم کے اطراف اور اگلی سطح پر سے متکس ہو جاتا ہے لیکن اس سے ایک مکمل ماساریقا (mesentery) لیا نہیں ہوتی ڈگلس کی جیب (pouch of Douglas) کے لیول پر معائے مستقیم کی محض اگلی جانب پر ہی باریطونی غلاف ہوتا ہے۔

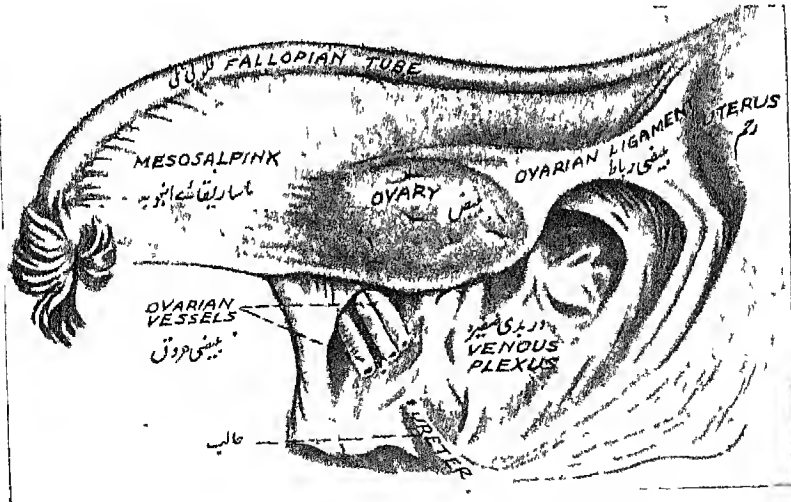
موتہر خانہ (posterior comartment) رحمی عجزی شکنوں (utero-sacral folds) کے ذریعہ سے تین حصوں میں منقسم ہوتا ہے۔ یعنی ڈگلس کی تشریحی جیب (anatomical pouch of Douglas) اور دائیں اور بائیں نرؤ مستقیم حشرات (para-rectal fossae) (دیکھو شکل ۳ و ۴)۔ دایاں نرؤ مستقیم حصہ بائیں کی نسبت بہت زیادہ فراخ ہوتا ہے کیونکہ موخر الذکر کا اکثر حصہ حوضی قولون اور معائے مستقیم کے بالائی حصہ سے پر ہوتا ہے۔ حوضی قولون کی ماساریقا (mesentery) کا چپکاؤ بائیں نرؤ مستقیم حصہ کی پچھلی دیوار کے ساتھ ایک ترچھے رخ میں ہے۔ اور ہر ایک نرؤ مستقیم حصہ سامنے کی طرف سے رباط عرض (broad ligament) کی پچھلی جانب سے محدود ہے جس کے ساتھ بیض چپکا ہوا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۳، ۴، ۵)۔ ڈگلس کی جیب (pouch of Douglas) کی گہرائی مختلف ہوتی ہے (دیکھو صفحہ ۱۴)۔ اس کی اگلی دیوار عموماً ہبل کی پچھلی دیوار کے بالائی ۱/۲ تا ۲/۳ رچ کی تیناظر ہوتی ہے، اس کا فرش میز سے تقریباً ۲ ۱/۲ رچ اوپر ہوتا ہے۔ اس کے بالائی حدود رحمی عجزی رباطا (utero-sacral ligaments) سے تیار ہوتے ہیں، اور جب یہ رباطات اچھی طرح سے نمایاں ہوتے ہیں تو اس کے دخل کو کسی قدر تنگ کر دیتے ہیں۔ ان رباطات کے منفرد رخ کی وجہ سے اس حصہ کا دخل آگے کی نسبت

پیچھے کی طرف زیادہ عریض ہوتا ہے۔ اور یہ صاف ظاہر ہے کہ ڈگلس کی جیب کے فرش تک نہیں اور معائے مستقیم کے راستہ سے انگلی پہنچ سکتی ہے، مگر مقدم الذکر قتال کی نسبت مونخر الذکر سے اس کا بہت زیادہ رقبہ محسوس کیا جاسکتا ہے (دیکھو شکل ۳۴)۔ امراضیاتی حالات کے تحت اس حفرہ کی جسامت اور اس کا محل اور اس کے تعلقات بہت زیادہ متغیر ہو جاتے ہیں۔

عریض رباطات (broad ligaments) اس متنوع فاصل کے بیشتر حصہ پر مشتمل ہوتے ہیں جو حوضی باریلوئی کہفہ کو مقدم اور مونخر خانوں میں تقسیم کرتا ہے۔ یہ باریلوں کے دوسرے شکن یا ڈیوڑھیں جو اس باریلوں سے مسلسل ہوتے ہیں جو رحم کو پوشیدہ کرتا ہے، اور اسکے جانبی کناروں سے منعکس ہو جاتا ہے۔ یہ بولی تناسلی (urogenital) یا میان گردی (meso-nephric) شکنوں سے پیدا ہوتے ہیں اور ان میں سے ہر ایک سے ایک ڈیویلی جانبی ماساریٹائیٹ ہے جو باہر کی اور کسی قدر پیچھے کی طرف کو جا کر حوضی نگر تک پہنچ جاتی ہے۔ تنیدہ حالت میں ہر ایک رباط شکل میں تقریباً ذوالربعتہ الاضلاع ہوتا ہے جس کے بالائی، بیرونی، زیرین، اور اندرونی کنارے ہوتے ہیں۔ بالائی کنارہ آزاد ہوتا ہے اور اسکے شکنوں کے درمیان شکلی دہندہ (abdominal ostium) تک جو درون باریلوئی ہوتا ہے ٹیوبی ٹی (Fallopian tube) پائی جاتی ہے۔ اس نقطہ سے بیکر حوضی دیوار تک بالائی کنارہ آزاد ہوتا ہے۔ اور یہ قسمی حوضی شکن (infundibulo-pelvic fold) یا بیضی حوضی رباط (ovario-pelvic ligament) کے نام سے تیز کیا جاتا ہے۔ بلحاظ غویہ رباط تعلیقی بیضی رباط (ligamentum suspensorium ovarii) یا میان گردی ڈایا فرامی ٹینیہ (plica mesonephrica diaphragmatica) ہے، اور بیضی عروق اس شکن کے بالائی ایک تہائی حصہ میں سے گزرتے ہیں۔ اس کا بیرونی کنارہ ایک خط کے ساتھ ساتھ حوض کی جانبی دیوار سے چپکا ہوتا ہے جو خارجی حرقعی عروق (external iliac vessels) سے بیکر نیچے کی سامنے کی، اور اندر کی طرف کو حوض کے فرش تک ایک ترچھے رخ میں جاتا ہے۔ اندرونی کنارہ اطراف رحم سے چپکا ہوتا ہے، اور منعکس ہو کر مہلی قبووں (vaginal fornices) تک جاتا ہے۔ زیرین کنارہ چھوٹا اور غیر مساوی ہوتا ہے کیونکہ اس کا پھیلا باریلوئی شکن اگلے شکن کی نسبت زیادہ نیچے کے لیول تک جاتا ہے۔ رحم کی طبعی وضع میں عریض رباط آگے کی طرف جھکا ہوتا ہے، اس لئے اس کی سطحوں میں سے ایک کارخ اوپر کی اور پچھلی طرف کو اور دوسری کا نیچے کی اور سامنے کی طرف

ہوتا ہے (دیکھو شکل ۶)۔

بیض عریض رباط کی پچھلی باریطونی تہ سے چپکا ہوتا ہے۔ اس کے اندرونی قطب سے لیکر قرن الرحم تک بیضی حقیقی رباط (ligamentum ovarii proprium) جاتا ہے، جو عضل ریشہ دار بافت کا ایک مضبوط تحت باریطونی بند ہوتا ہے (دیکھو شکل ۵)۔ بیض کی چسپیدگی اس رباط کی پچھلی سطح کو بالائی اور زیرین وجھوں میں تقسیم کرتی ہے۔ بالائی حصہ جو غلوپی ٹی (Fallopian tube) اور بیض کے درمیان واقع ہوتا ہے ماساریقائے انبوہ (mesosalpinx) کہلاتا ہے۔ یہ باریک اور نیم شفاف ہوتا ہے، اور اس میں غلوپی سی غلوپی بافت موجود ہوتی ہے، اور اس میں جار البیض (parovarium) (بربیض - epoö-) (phoron: پایا جاتا ہے، جس کے ساتھ گیر ٹنر کی قنات (duct of Gaertner) کا ابتدائی حصہ ہوتا ہے۔ زیرین حصہ جو ماساریقائے رحم (mesometrium) کہلاتا ہے، بالائی حصہ کی نسبت بہت موٹا ہوتا ہے، اور جوف کے فرش کے نزدیک یہ دفعہ کشادہ ہوجاتا ہے، اسلئے اس کے قاعدہ میں بہت سی غلوپی بافت پائی جاتی ہے، جس میں عروق اور دوسری اہم ساختیں



شکل ۵۔ رباط عریض کی موثر جانب۔ ۱۔ قسمی حوضی شکن (تعلیقی بیضی رباط) (چیزنگ کراس ہاسٹیل میوزیم)۔

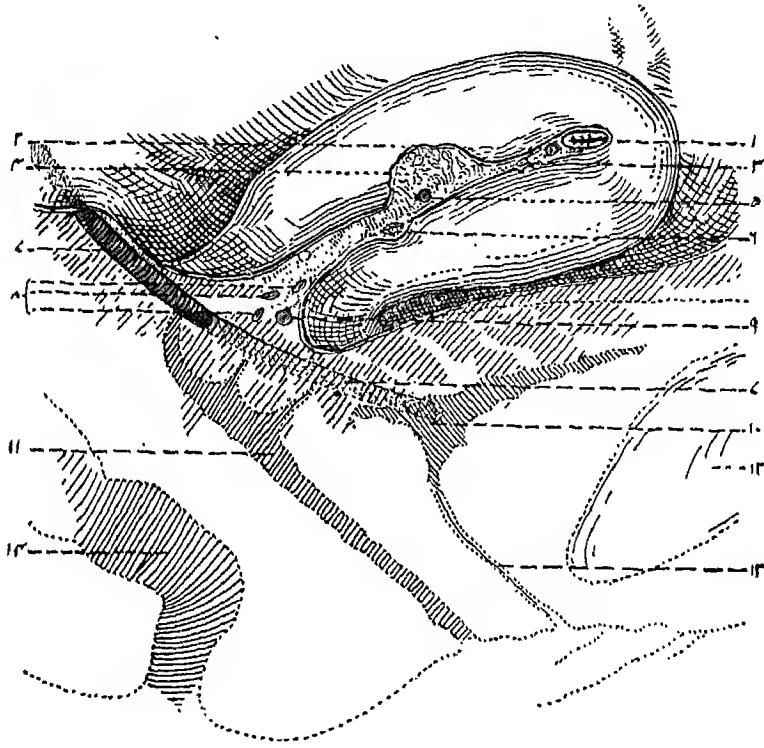
موجود ہوتی ہیں۔

عریض رباط کی اگلی طرف اتھلی ہوتی ہے، اور اس کو رباط مستدیر (round ligament) باریطون کے نیچے سے ایک ترچھے رخ میں عبور کرتا ہے۔ یہ رباط رحمی زاویہ سے لیکر داخلی شکمی حلقہ (internal abdominal ring) تک جاتا ہے۔ باریطون مثانہ اور رحمی مثانی رباطات (utero-vesical ligaments) سے منعکس ہو کر حوض کی اگلی دیوار تک چلا جاتا ہے۔ جس باریطون سے عریض رباط کی پچھلی سطح بنتی ہے وہ اگلی جانب کے باریطون کی نسبت بہت زیادہ نیچے جاتا ہے، اور رحمی عجزی رباطات (utero-sacral ligaments) اور نزد مستقیمی شکموں (pararectal folds) پر سے منعکس ہو کر حوض کی پچھلی دیوار پر چلا جاتا ہے۔ نیز یہ ڈگلس کی جیب (pouch of Douglas) کے باریطون سے بھی مسلسل ہوتا ہے۔

بعض شکلیات عریض رباطات امعاء کی ماساریکا کے قناطر میں، اور اسی طریقہ سے پیدا ہوتے ہیں۔ رحم کے لئے یہ بمنزلہ پالہنگ ہیں جو ایک مخصوص حد کے اندر اندر اس کو حرکت کرنے سے باز نہیں رکھتے۔ عریض رباط کی تہوں میں متعدد اہم ساختیں بند ہوتی ہیں۔ بالائی حصہ میں غوطی ٹائی مستدیر رباط، بیضی رباط، جار البیض (parovarium) (بربیض : epoöphoron) بیضی شریان کی شاخیں، اور رحمی شریان کی ایک تفرعی (anastomotic) شاخ پائی جاتی ہے۔ زیرین حصہ میں غالب، رحمی عروق خون، گیر ٹنر کی قنات (duct of Gaertner)، ایک یادو چھوٹے چھوٹے لٹنی غدود، اور غلوی بافت کا ایک موٹا تغیر پذیر تو وہ پایا جاتا ہے۔ ان ساختوں کے باہمی تعلقات شکل ۶ میں بخوبی واضح کر دئے گئے ہیں۔

رحمی عجزی رباطات (utero-sacral ligaments)۔ یہ ساختیں باریطون کے دہراؤ ہیں، جن میں چند عضلی ریشوں سے مخلوط محکم یعنی بافت کی ایک تغیر پذیر مقدار موجود ہوتی ہے۔ جب انہیں عملیتی کام کے دوران میں کاٹا جاتا ہے تو یہ رحم کے دیگر رباطات کی نسبت زیادہ محکم اور زیادہ مضبوط ثابت ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۷)، فیم داخلی (os internum) کے لیول پر یہ عروق کی جانبوں کے پچھلے حصہ سے شروع ہو کر پیچھے کی جانب کو عجز (sacrum) کے نیچے کے سرے کی اگلی سطح تک جاتے ہیں، اور معائے مستقیم بائیں جانب کے رباط کے اوپر سے خمیدہ ہو کر گزر جاتی ہیں پیچھے کی طرف آنے میں ان میں کسی قدر انفرج پیدا ہو جاتا ہے۔ ڈگلس کی جیب (pouch of Douglas) کی جانبی دیواروں کے بالائی کنارے انہی سے طیار ہوتے ہیں، اور

پچھلے حوضی خانہ (posterior pelvic compartment) کو یہ تین حفرول (fossae) میں تقسیم کر دیتے ہیں (دیکھو شکل ۳ و ۴)۔ زندہ افراد میں ان کی دبازت مختلف ہوتی ہے۔

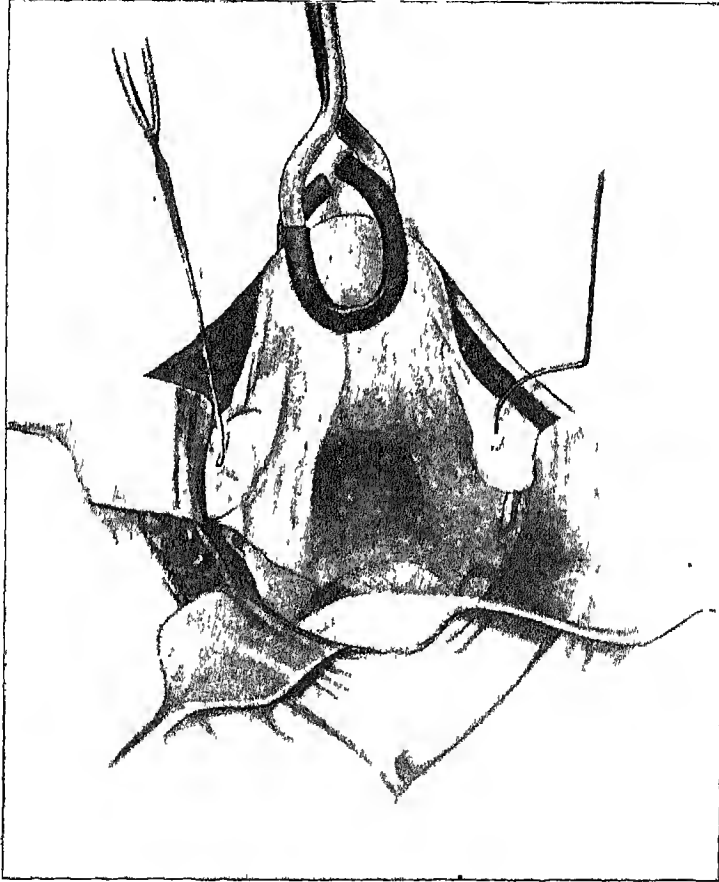


شکل ۶۔ رباط عریض میں سے اس کے رجی کنارہ سے تقریباً ۱ انچ باہر سے ترش لی گئی ہے (ارتسامی توضیح)۔ ۱۔ غلوپی نلی۔ ۲۔ بیضی شریان کی انہونی شاخ۔ ۳۔ جار البیضی (برمیضی)۔ ۴۔ نیسیب۔ ۵۔ بیض۔ ۶۔ بیضی شریان۔ ۷۔ رباط مستدیر۔ ۸۔ حالب۔ ۹۔ رجی ویریڈیا۔ ۱۰۔ رجی شریان۔ ۱۱۔ مثانہ۔ ۱۲۔ ارتفاق خانہ۔ ۱۳۔ مبال۔ ۱۴۔ معائے مستقیم۔ (حالب سبز۔ شریانیں سرخ۔ ویریڈیا نیلی)۔

بعض افراد میں دوسروں کی نسبت یہ زیادہ اچھی طرح نمایاں ہوتے ہیں۔ عنق کیلئے یہ بمنزلہ پالنگ میں

11

اور اس کو حوض کی پچھلی دیوار سے وابستہ رکھتے ہیں۔ ابھی طرح سے موبافنتہ ہونے کی حالت میں یہ عنق کی مضبوط مقدم غیر وضیعت میں مزاحمت پیدا کر سکتے ہیں، رحمی شریان کی ایک چھوٹی سی شاخ ہر ایک رباط کے ساتھ ہوتی ہے۔ یہ رباط براستہ معائے مستقیم انکلی سے محسوس کئے جاسکتے ہیں۔



شکل ۱۔ ڈگلس کی جیب اور رحمی عجزی ٹنگنوں کو دکھانے کے لئے (جیسا کہ یہ عمل یہیں دکھائی دیتے ہیں جب کہ مریضہ ٹرنڈی لٹبرگ کی وضع میں ہو) رحم کو آگے کی طرف کو کھینچ لیا گیا ہے اور ہر ایک بیض کو ایک طرف کو پکڑ کر رکھا گیا ہے۔

اور اگر یہ التهابی یا خبیث مرض کے باعث دبیر ہو گئے ہوں تو ان کو آسانی محسوس کیا جاسکتا ہے۔

خلوی بافت - حوضی خلوی بافت یا نزد درجہ (parametrium) شکلی کہف کی تحت

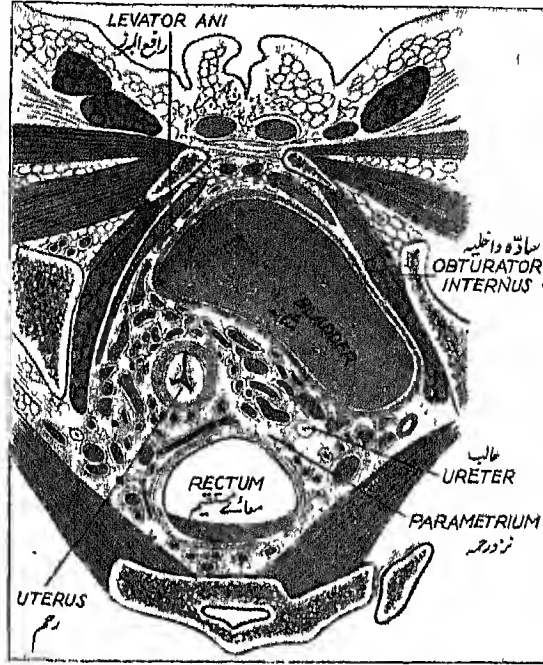
باریلونی خلوی بافت (subperitoneal cellular tissue) کے ساتھ مسلسل ہوتا ہے۔ یہ بافت حوض کے بالائی حصہ میں مقابلتہً باریک ہوتی ہے، اور حوضی فرش پر یہ سب سے زیادہ کثرت سے پائی جاتی ہے جہاں یہ اعضا کے تمام درمیانی وقفوں کو چر کرتی ہے، اور ان کثیر التعداد عروق خون، اعصاب، اور لمفی عروق کیلئے جو ان اعضا کی طرف سے آتے یا ان کی طرف کو جاتے ہیں ایک حامل سیل کا کام دیتی ہے۔ مقدمہ طرف پر حوضی خلوی بافت مقدمہ شکمی دیوار کی تحت باریلونی خلوی بافت سے اور جانبین پر حوضی حفرہ (iliac fossa) کی اسی بافت سے مسلسل ہوتی ہے۔ خارجی خلوی بافت

سے یہ ساد (obturator) اور عجزی نسائی (sacro-sciatic) اور فخذی (femoral) سوراخوں کے راستہ سے رابطہ قائم کرتی ہے کیونکہ یہ ساد (obturator) الوی (gluteal) اور فخذی (femoral) عروق کے ہمراہ جاتی ہے۔ ربط مستدیر (round ligament) کو محصور کرنے کی وجہ سے ارنی قنال (inguinal canal) کے راستہ میں شفرہ کبیر (labium majus) کی تحت جلدی چربی سے جاملتی ہے، اور حوضی قولون کی ماسارینفا کی وساطت سے یہ عمومی شکلی کہف کی خلوی بافت سے مسلسل ہوتی ہے۔ مزید برآں یہ مایسین (ureters) کے گرد ہوتی ہوئی انہی کے ذریعہ سے گردہ کے شحمی کیسہ سے بھی جاملتی ہے۔ اس میں بہت سے لمفی غدود مدفون ہوتے ہیں۔ یہ امر متنبہ سریری اہمیت رکھتا ہے۔

خلوی بافت کی سب سے زیادہ مقدار عنق الرحم (cervix) کے تعلق میں پائی جاتی ہے، جہاں اس سے قوکو کا نزد درجہ (parametrium of Virchow) بنتا ہے۔ نیز مثانہ کی دونوں طرفوں پر اور اس کے علاقہ میں خلوی بافت کے بڑے بڑے تودے پائے جاتے ہیں۔ پیچھے کی طرف سے یہ عنق اور ڈگلس کی جیب (pouch of Douglas) کے درمیان اتنی زیادہ مقدار میں نہیں پائی جاتی۔ جسم رحم کی اگلی اور پیچلی سطحوں پر خلوی بافت کی کوئی پوشش نہیں ہوتی، اور باریلونی عضلی تہ پر ہی شکن ہوتا ہے۔

خلوی بافت کی عمومی تقسیم اور اس کے تعلقات شکل ۸ سے سمجھ میں آسکتے ہیں۔ اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ خلوی بافت زیادہ تر موخر حوضی خانہ کے تعلق میں پائی جاتی ہے۔ مثانہ کے گرد صرف ایک باریک تہ ہی موجود ہوتی ہے، لیکن عنق الرحم کے اطراف پر یہ کثرت پائی جاتی ہے، جہاں پر اس کا ایک موٹا جانی خانہ بجاتا ہے جو مثانہ اور عجزی ور کی لٹاؤ (sacro-sciatic notches)

کے درمیان مائل ہو جاتا ہے۔ اس مقام سے خلوی بافت کا تناقب پچھلی طرف کو عجز (sacrum)



شکل ۸۔ خلوی بافت کو ظاہر کرنے کے لئے حوض میں سے افقی تراش لی گئی ہے۔

- 13 کی مقدم سطح تک کیا جاسکتا ہے جس پر یہ ایک موٹا غلاف چڑھا دیتی ہے۔ معائے مستقیم کو یہاں یہ مکمل طور پر احاطہ کر لیتی ہے۔ مقدم جانب پر خلوی بافت مثانہ اور عاین (pubes) کی موثر سطحوں کے درمیان نہایت کثرت سے پائی جاتی ہے۔ خلوی بافت کے جانبی تودوں میں حسابین (ureters) 'رحمی شریانوں اور وریدوں کے ساتھ' اور سلک نامی فیرو (pampiniform plexus) کی بڑی بڑی وریدیں مدفون پائی جاتی ہیں۔ یہ امر امراضیاتی اور جراحی نقطہ نظر سے اہم ہے۔

حوضی خلوی بافت اپنے اکثر حصوں میں ایک وھیلی اور غیر مزاحم ساخت ہوتی ہے، لیکن بعض سمتوں میں یہ بستہ ہو کر مضبوط لیغنی بافت میں تبدیل ہو جاتی ہے۔ اور یہ تبدیلی بالخصوص بڑے بڑے وریدی ضعیفوں اور شریانوں کے تعلق میں ظاہر ہوتی ہے، جن کے لئے اس سے

واضح الحدود گرد عروقی خلافت طیار ہوتے ہیں۔ شریانیں اور وریدیں دونوں ایک طرف تو داخلی حرقعی عروق (internal iliac vessels) سے اور دوسری طرف قشر حوض کے اعضا سے وابستہ ہوتی ہیں۔ اس طرح گرد عروقی خلافت رحم اور دیگر حوضی اعضا کو ان کے طبعی محل میں سہارا دینے کے لئے ایک اہم عنصر کا کام دیتا ہے۔ نیز زنا نہ حوض کے نزد رحمہ (parametrium) یا انصالی بافت کے قالب میں غیر محفوظ عضلہ کی ایک معتدبہ مقدار موجود ہوتی ہے۔ رباطات عربض کے قاعدہ پر یہ مرکب ہو کر سہارا دینے والے رباطات کی شکل اختیار کر لیتی ہے، اور بعض کا یہ خیال ہے کہ ان عضلی ریشوں کی "تنیدگی" حوضی احتشاء کی سکونیات (statics) پر معتدبہ اثر رکھتی ہے۔

حالب کی حوضی گذر گاہ بھی تمامہ خلوی بافت کے مستویوں میں واقع ہوتی ہے، اور اس کا تعاقب عجری حرقعی مفصل غضرونی (sacro-iliac synchondrosis) سے جس تک یہ بمیضی شریان کی رفاقت میں پہنچتا ہے جابجی حوضی دیوار کے ساتھ ساتھ نیچے کی طرف رباط طربض تک کیا جاسکتا ہے (دیکھو حالب صفحہ 64)۔

عنق کے مستعرض رباطات (transverse ligaments of the cervix) (مستعرض عنقی رباطات: ligamenta transversalis colli یا رباطات اعظم (ligamenta cardinalia)۔ یہ ساختیں جو میکسنروٹ (Mackenrodt) نے بیان کی ہیں محکم لیفی عضل بافت کے بند ہیں جن سے حوضی ردا (pelvic fascia) کی احتشائی تہ (visceral layer) کے اختصاص یافتہ حصے طیار ہوتے ہیں۔ ورکی شوکوں (ischial spines) کے قرب و جوار سے نکل کر یہ رباطات حوضی خلوی بافت میں سے رافعات مبرز کے اوپر سے گزرتے ہیں اور عنق کے اطراف اور مہلی دیواروں کے جابجی پہلوؤں پر چسپیدہ ہو جاتے ہیں۔ بخلاف دوسرے رحمی رباطات کے ان پر کوئی مخصوص باریطونی پوشش نہیں ہوتی۔ بعض ماہرین تشریح کے نزدیک ان سے ان رحمی شریانوں کے غلافوں کا کچھ حصہ طیار ہوتا ہے جو تقریباً اسی لیول پر رحم تک پہنچتی ہیں۔ بونی (Bonney) کے مطابق رباطات اعظم (cardinal ligaments) ان عضلی ریشوں سے تقویت پاتے ہیں جو رحم کے تحت مصلی عضلی ورقہ (subserous muscular lamina) سے منسل ہوتے ہیں۔ مصنف مذکور نے عضلہ کے اس تحتہ کی اہمیت پر خاص زور دیا ہے، اور اس کا یہ خیال ہے کہ اس کام کرنی حصہ جسے وہ عانی عنقی عضلہ (pubo-cervicalis muscle) کے نام سے موسوم کرتا ہے، رباطات اعظم (cardinal ligaments) کے ہمراہ

ایک مقدم "حوضی شلف" (pelvic shelf) طیار کرتا ہے جو مثانہ کو سہارا دیتا ہے۔
 جراحی تشریح - حوضی باریطونی کہف تک شیچے کی جانب سے رحمی مثانی جیب (uterovaginal pouch) کے راس سے یا وگلکس کی جیب کے راس سے بذریعہ مہبل شکاف پہنچا جاسکتا ہے۔ قبل الذکر کو کھولنے (مقدم مہبل شکافی: anterior colpotomy) کے لئے مقدم مہبل دیوار وہ ساخت ہے جو پہلے کاٹی جاتی ہے، پھر مثانہ اور عنق الرحم کے درمیان کی غلوی بافت کی کندہ تقطیع کرنے کے بعد اول الذکر کو ایک طرف ہٹا دیا جاتا ہے اور رحمی مثانی جیب کا فرش چھٹی سے پکڑ کر کاٹ دیا جاتا ہے۔ یہ امر ذہن نشین رکھنا چاہئے کہ مثانہ کے قاعدہ کو بیوں اور ہٹا دینے کے بعد جالبین (ureters) بھی جو کہ اس میں داخل ہوتے ہیں اور اٹھ جائیں گے، اس طرح ضرر سے ان کو آسانی محفوظ رکھا جاسکتا ہے۔ وگلکس کی جیب (pouch of Douglas) کو کھولنے (مونر مہبل شکافی: posterior colpotomy) کے لئے مہبل دیوار کو کاٹا جاتا ہے جس کے بعد غلوی بافت کی ایک تہ جس کی وبازیت مختلف حالات میں مختلف ہوتی ہے سامنے آتی ہے، اس تہ کو باریطون تک پہنچنے کے لئے کندہ تقطیع سے علیحدہ کرنا ضروری ہے۔ یہاں پر کوئی اہم ششامرض ضرر میں نہیں آتا (دیکھو شکل ۳)۔ کثیر الولادت عورت میں عظیم الولادت عورت کی نسبت، حمل اور ولادت سے پیدا شدہ تناؤ کی وجہ سے، باریطون تک آگے اور پیچھے سے زیادہ آسانی سے رسائی ہو سکتی ہے۔

14

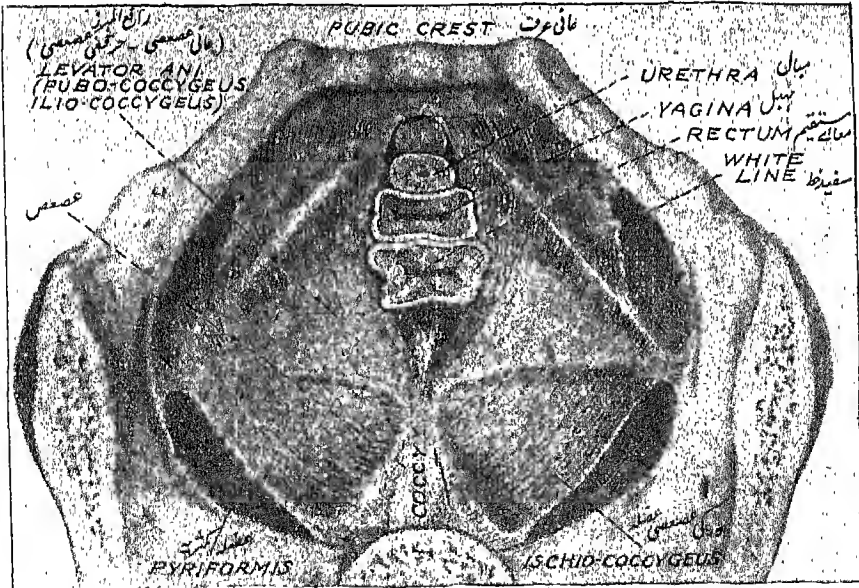
امراضیاتی حالات میں مقدم اور مونر باریطونی جیبوں کے علاقہ جات میں بہت کچھ تغیر واقع ہو جاتا ہے۔ چنانچہ سقوط (prolapse) میں رحمی مثانی جیب اور وگلکس کی جیب (pouch of Douglas) کے فرش بعض اوقات فرج سے باہر آ جاتے ہیں (دیکھو شکل ۴، ص ۶۰۸)۔ اگر وگلکس کی جیب میں کوئی سلعہ موجود ہو تو وہ اسے مبرز کے لیول تک شیچے کی طرف کو دبا دیتا ہے۔ اور ساتھ ہی رحم کو اگلی طرف عانہ کی جانب دھکیل دیتا ہے۔ اور اگر غلوی بافت کے جانبی تودوں میں کوئی انقباض پیدا ہو جائے تو وہ رحم کو مقابل جانب کی طرف دھکیل دیتا ہے۔ حوضی غلوی بافت کے کسی حصہ کا التهاب بلا واسطہ تسلسل سے تمام کہف حوض کے ارد گرد پھیل سکتا ہے، اور مقدم شکافی دیوار حرقضی حفزہ (iliac fossa) اور پس باریطونی شکافی غلوی بافت تک پہنچ جاتا ہے۔ نیز اس طرح سے یہ گروہ، اور ڈایا فرام تک بھی چلا جاتا ہے۔ اور یا عجری لسانی سورج (sacro-sciatic foramen) سے گزر کر سرین میں یا سورج ساد (obturator foramen) سے گزر کر ان کی

اگلی طرف میں داخل ہو سکتا ہے۔ نیز فرش کے اجتماعات ریم کا تھلیہ بعض اوقات از خود کسی جو فدا حوضی حشا مثلاً مثانہ یا معائے کبیر میں اور شاذ و نادر نہیل میں بھی ہو جاتا ہے۔ عنق کے گرد اور رباط عریض کے قاعدہ پر جو خلوی اتصالی بافت موجود ہوتی ہے اس میں بڑی بڑی وریدوں کا ایک وسیع جال موجود ہوتا ہے جو اس غلقت (thrombosis)، 'نقشج الدم' (pyæmia) اور سدا دیت (embolism) کی توجیہ کرتا ہے جو عنق الرحم کی سرائت زدہ وریدگیوں سے پیدا ہوتے ہیں۔

فرش حوض

(THE PELVIC FLOOR)

حوض کا مخرج جو عانی اور در کی فروغ، ور کی حدیبہ (ischial tuberosity)

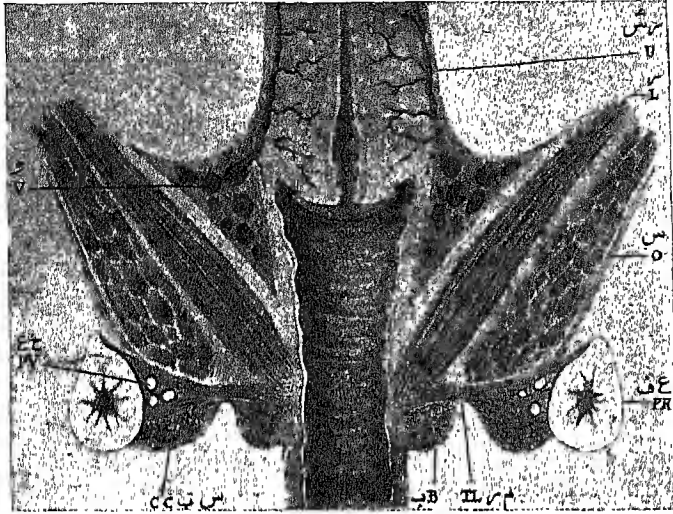


شکل ۹۔ حوضی ڈایا فرام جیسا کہ یہ اوپر سے دکھائی دیتا ہے (ڈیوٹر: Deaver)۔

عظیم عجزی نائی رباط، اور عصص سے محدود ہوتا ہے، عضلی ردائی بانٹوں کے ایک عمیق گروہ سے مسدود ہوتا ہے جو حوضی ڈایا فرام (pelvic diaphragm) پر مشتمل ہے۔ یہ ایک قیف نما ساخت ہے جس کی شکل بیضوی ہوتی ہے۔ اس کا طویل محور مقدم موخر ہوتا ہے۔ یہ ایک مرکب عضلی تختہ ہے جو باہرین اشترج کے نزدیک تین عضلات پر مشتمل ہے، یعنی عانی عصصی عضلہ (pubo-coccygeus) حرقفی عصصی عضلہ (ilio-coccygeus) اور ورکی عصصی عضلہ (ischio-coccygeus) پر عانی عصصی عضلہ (pubo-coccygeus) اور حرقفی عصصی عضلہ (ilio-coccygeus) دونوں کا ذکر لکھا گیا جاتا ہے کیونکہ یہ عضلہ رافع المبرز (levator ani muscle) پر مشتمل ہوتے ہیں۔ اس اہم عضلہ کا صفاق (aponeurosis) حوضی ردائی اختلالی تہ سے بنتا ہے۔

عانی عصصی عضلہ (pubo-coccygeus) ارتفاق حانہ کی عقبی جانب، اور عانی جسم سے، اور دیوار حوض کے ایک تریجے خط سے پیدا ہوتا ہے جو اوپر کی اور باہر کی طرف کو قنال ساد (obturator canal) کی طرف کو چلا جاتا ہے۔ نیز یہ کسی حد تک مثلثی رباط (triangular ligament) سے بھی پیدا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۹)۔ یہ عضلہ پیچھے کی اور اندر کی طرف کو چلا جاتا ہے اور اس کا کچھ حصہ آخری عجزی فقرہ میں اور کچھ حصہ ایک وتری وسطانی سیون (tendinous median raphé) میں جو معائے مستقیم کے پیچھے واقع ہوتی ہے منتہی ہو جاتا ہے، اور یہاں یہ مقابل کی طرف کے دوسرے رفیق سے مل جاتا ہے (تھامسن: Thomson)۔ یہ عضلات جو ہمیشہ پائے جاتے ہیں اور بخوبی نو یافتہ ہوتے ہیں، مثانہ کے قاعدہ، مبال کے بالائی حصہ، ہبل اور معائے مستقیم کے کچھ حصہ کو غلاف پہناتے ہیں، اور کسی حد تک ایک تکلی عاصری فعل سر انجام دیتے ہیں، اور ان حصص کو سہارا بھی دیتے ہیں۔ حرقفی عصصی عضلہ (ilio-coccygeus) جو عورت میں اکثر تقریباً سب کا سب صفاتی ہوتا ہے، بعض اوقات حرقفی مشطی خط (ilio-pectineal line) سے پیدا ہوتا ہے، اور بعض اوقات ایک لیفی محراب سے، جو جانین سے در کی شوکہ تک جاتی ہے، اور حوضی ردائی کے سفید خط کے نام سے موسوم ہے (تھامسن: Thomson)۔ یہ عضلہ اخیر کے دو عصصی فقرات اور مبرز عصصی وسطانی سیون پر منتہی ہوتا ہے عصصی عضلہ (coccygeus) یا ورکی عصصی عضلہ (ischio-coccygeus) جو بالعموم اکیلا ہی صفاتی ہوتا ہے، ور کی شوکہ سے نکلتا ہے، اور عجزی فقرات کے جانی اطراف اور عصص (coccyx) پر

منبتی ہوتا ہے۔ یہ اتنا اہم نہیں ہے جتنا اہم کہ رافع المبرز (levator ani) (عانی عصبی عضلہ



شکل ۱۰۔ فزش حوض میں سے اکیلی تراش۔ سر۔ رافع المبرز۔ س۔ سادہ دنگہ۔
ع۔ ف۔ عانی فرع۔ م۔ سر۔ مثلی رباط۔ ب۔ ہبل کا بصلہ۔ س۔ ب۔
ساق بظر۔ ح۔ ع۔ داخلی حیائی عروق اور عصب۔ س۔ س۔ رجمی تریان
و۔ دیدیں اور نر زرحمہ۔
(ایلیٹ سمتھ اور سٹاپ فورڈ کے مطابق)

اور حرقی عصبی عضلہ) ہے۔

وکتربونی (Victor Bonney) نے ایک اور عضلی ردائی تہ کا ذکر کیا ہے جس کا نام اس نے عانی عقی عضلہ (pubo-cervicalis muscle) رکھا ہے (دیکھو ص ۱۳)۔ اس میں غیر محط عضلہ ہوتا ہے، اور یہ اسی لیول پر واقع ہوتا ہے جس پر عقی کا متعوض رباط ہوتا ہے، یعنی یہ عضلات کے لیول سے اوپر ہوتا ہے۔ جن سے حوضی ڈایا فرام مرکب ہوتا ہے۔ اس کے متعلق یہ بیان کیا جاتا ہے کہ یہ ارتفاق عاتہ (symphysis pubis) کی کچھلی طرف سے لیکر عقی اور محراب ہبل کی سامنے کی طرف اور دونوں جانبوں تک پھیلا ہوتا ہے۔ لہذا اس سے وہ فزش

طیار ہوتا ہے جس پر مثانہ بلا واسطہ متکثر ہوتا ہے۔ بوتنی (Bonney) کا یہ خیال ہے کہ اس کے عضلی عناصر رحم کے عضلی نظام کے سطحی طولانی ریشوں سے مسلسل ہوتے ہیں۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ اس کا فعل مثانہ اور مہبل کے بالائی حصہ کو سہارا دینا ہوگا۔

تشکیلاتی نقطہ نگاہ سے عانی عضلہ (pubo-coccygeus) 'مرفقی عضلہ

عضلہ (ilio-coccygeus) اور ورکی عضلہ (ischio-coccygeus) مسترود (apes) اور ادنیٰ اپسٹینوں کے قوی ذنبی عضلات کے قائم مقام ہیں۔ قبل الذکر دونوں دم کے خافض عضلات ہیں، اور موخر الذکر اس کو ہلانے کے عضلات ہیں۔ چونکہ آدمی میں دم غائب ہو گئی ہے اس لئے ان عضلات کا اصلی فعل بھی زائل ہو گیا ہے، لہذا مدار جانوروں کے عضلات کی نسبت یہ درحقیقت بہت کم نمایاں اور کمزور ہوتے ہیں۔ اس امر کے متعلق معتد بہ اختلاف آرا پایا جاتا ہے کہ انسان میں یہ عضلات کیا فعل سرانجام دیتے ہیں۔ بعض مصنفین ان کو اتاری ساختیں تصور کرتے ہیں جو اس قدر کمزور ہو چکی ہیں کہ عملی طور پر بیکار ہو گئی ہیں۔ بعض کا یہ خیال ہے کہ یہ ایک اہم فعل سرانجام دیتے ہیں جو انسان کے مقصد القامت ہو جانے سے پیدا ہو گیا ہے، اور یہ فعل درون تشکیلی دباؤ کے اس فوری اضافہ کو برداشت کرنے کا ہے جو مثال کے طور پر کھانسنے، پھینکنے اور تبرز میں شدید عضلی جہد سے واقع ہو جاتا ہے (پیرامور: Paramore)۔ اگر فزش حوض میں ایسی ساختیں موجود نہ ہوتیں جن میں دباؤ کے ایسے اضافوں کا جواب بالائی سمت سے ظہور پذیر ہوتے ہیں کامیابی سے مقابلہ کرنے کی استعداد نہ پائی جاتی تو احتشائے حوض کا فتق بروز بلاشبہ زیادہ کثیر و توقع ہوتا۔ موخر الذکر نظر پر صیح معلوم ہوتا ہے، اور اگر اسے تسلیم کر لیا جائے تو اس سے یہ نتیجہ حاصل ہوتا ہے کہ وہ عضلات جو کہفہ حوض کو نیچے سے بند کرتے ہیں، اور اپنے انقباض سے حوضی ڈایا فرام کی مزاحمت میں حسب ضرورت اضافہ کر سکتے ہیں ایسی ساختیں ہیں جو فعلیاتی نقطہ نظر سے عظیم الہمیت ہیں۔

تاہم یہ امر ضرور ذہن نشین رکھنا چاہئے کہ حوضی ڈایا فرام مجری بول اور مہبل کے گزرنے کی وجہ سے کمزور ہو جاتا ہے۔ جن عورتوں کو بچے پیدا ہوئے ہوں ان میں موخر الذکر روزن عظیم الحیات ہوتا ہے۔ یہ نہ خیال کرنا چاہئے کہ معائے مستقیم بھی حوضی ڈایا فرام کو مستقیم کرتی ہے، یہ اپنے ایک خانہ میں بالکل آزادانہ واقع ہوتی ہے۔ اور دوسری مثالوں کی نسبت اسکی طبعی حرکت پذیری کا احاطہ بہت وسیع ہوتا ہے۔ اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ حوضی ڈایا فرام میں کمزوری کا ایک عنصر بین طور پر پایا جاتا ہے جو حادثات ولادت کی وجہ سے اس کی فعلی کارکردگی کو بہت نقصان

پہنچا سکتا ہے۔

بعض دوسری ترتیبیں بھی موجود ہیں جو کمزوری کے اس منصر کی ایک بڑی حد تک تلافی کرتی ہیں۔ اول مہبل اور مجری بول حوضی ڈایا فرام کی ڈسٹوان سطوں سے حوضی ردائی ایک تہ سے چکے ہوتے ہیں جو ان کو محصور کرتی ہے، اور حوضی ردائی دوسری سمتوں سے خط سفید پر مسلسل ہوتی ہے۔ دوم عنق اور مہبل کا ایسا ایک منحنی سہارا ہوتا ہے۔ یہ یاد ہوگا کہ عروق رحم رحم تک فم داخلی (os internum) کے لیول پر پہنچتے ہیں، جب یہ مغزی حرقفی مفصل (sacro-iliac joint) کے نواح سے حوض میں سے گزرنے لگتے ہیں تو اپنے ساتھ مضبوط لیغنی بافت کی ایک پوشش لے جاتے ہیں (دیکھو شکل ۱۰)۔ یہ عروق مع اپنے غلافوں کے ایک اہم جانبی چپکاؤ کا کام دیتے ہیں جو نزول رحم کو مزاحم آتا ہے۔ مزید برآں اس لیول پر لیغنی بافت کا ایک سجوبی نمویافتہ بند پایا جاتا ہے جو عنق کے مستعرض رباط (transverse ligament of the cervix) (پٹیرسن: Paterson) یا در رباط عظیم (cardinal ligament) کے نام سے موسوم کیا جا چکا ہے۔ یہ رباط عروق رحم کے ساتھ ساتھ چلا جاتا ہے مگر زیادہ نیچے لیول پر ہوتا ہے، اور ان کی لیغنی پوشش کے ساتھ مسلسل ہوتا ہے۔ باہر کی طرف سے یہ حرقفی عروق (iliac vessels) کے لیغنی غلاف اور ان مضبوط لیغنی بندوں کے ساتھ مسلسل ہوتا ہے جو نسائی کٹاؤ (sciatic notch) میں سے گزر کر حوض میں داخل ہوتے ہیں، اور اندر کی طرف سے یہ رحم کے اطراف، محراب مہبل کے اطراف، اور مجری بول اور مثانہ کے اطراف سے چپکا ہوتا ہے۔ اس امر کا کبھی دفعہ مشاہدہ کیا جا چکا ہے کہ رحم کو براستہ مہبل دور کرتے وقت عنق اپنے لمبی لیول سے زیادہ نیچے نہیں کھینچی جاسکتی تاوقتیکہ وہ ساختیں جو اس کے اطراف پر موجود ہوتی ہیں مع عروق کے کاٹ نہ دی جائیں۔ ایسا کرنے پر یہ باسانی فرج سے باہر لائی جاسکتی ہے۔ عروق رحم اور مستعرض رباطات کو کاٹنے ہی سے عنق آزاد ہوتی ہے۔

17

لہذا معلوم یہ ہوتا ہے کہ رحم اپنے لمبی لیول پر حوضی ڈایا فرام، عروق خون کے لیغنی غلافوں، اور ان کی ملی مستعرض ردائی بندوں کے ذریعہ سے رقرار رہتا ہے جو عنق اور محراب مہبل سے چکے ہوتے ہیں۔ درون شکلی دباؤ میں جو مسلسل تغیرات تنفس وضع کی تبدیلیوں، کھانسنے، پھینکنے، اور عمومی عضلی جہد سے واقع ہوتے رہتے ہیں ان کا مقابلہ حوضی ڈایا فرام کے عضلات کے انقباض سے ہوتا رہتا ہے، لہذا یہ عضلات ہمیشہ طبعی طور پر فعال رہتے ہیں۔ یہ ممکن ہے کہ

درون شکمی دباؤ میں غیر طبعی زیادتیوں کے واقع ہونے سے ان عضلات میں تعویضی بیش پرورش نمودار ہو جاتی ہو۔ بخلاف اس کے ان ساختوں اور مستعرض ردائی بندوں کو مد سے زیادہ تکلیف جانے یا سوجھ کی پیدائش میں دریدگی کے واقع ہونے سے جو ضرر پہنچتا ہے اس سے ان کی کارکردگی کو شدید نقصان پہنچے گا جس کی وجہ سے یہ درون شکمی دباؤ کی قوتوں کے سامنے نہیں ٹھہر سکیں گے اور اس طرح رحم قبیل اور شانہ میں غیر وضعیت واقع ہو جائے گی۔

رحم

عمومی تشریح اور تعلقات۔ جب رحم کو اس کی چسپیدگیوں سے علیحدہ کر دیا جاتا ہے تو یہ کثری الشکل یعنی ناشیاتی نادرکھائی دیتا ہے۔ اس کا طول تقریباً ۳ انچ ہوتا ہے اور یہ اوپر کے ایک چوڑے اور نیچے کے ایک تنگ حصہ پر مشتمل ہوتا ہے۔ نیچے کا حصہ عمق (cervix) یا گردن (neck) کے نام سے موسوم ہے، اور اوپر کا حصہ جسم (corpus or body) کہلاتا ہے۔ دونوں حصوں کا انفصال خارجی سطح پر ایک خفیف سے بھجائی کی شکل میں ظاہر ہوتا ہے جو تنگنا سے (isthmus) کے نام سے موسوم ہے۔ عمق کی شکل اسطوانہ نما ہوتی ہے، اور اس کا طول ایک انچ ہوتا ہے جسم رحم نیچے کی انبست اوپر سے زیادہ چوڑا ہوتا ہے، اور اس کی مستعرض پیمائش مقدم موثر پیمائش سے زیادہ ہوتی ہے۔ اوپر کا چوڑا سرا محدب ہوتا ہے، اور اس کا تحدب سہمی مستوی میں زیادہ نمایاں اور کلیل میں خفیف سا ہوتا ہے۔ جسم رحم کا سب سے بڑا مستعرض قطر رحم کی چوٹی سے ذرا نیچے ہوتا ہے، اور اس کا طول ۲ انچ ہوتا ہے۔ اس قطر سے اوپر کا حصہ قعر (fundus) کہلاتا ہے۔ رحم کے اس حصہ کا منحنی خاکہ جو مستعرضاً چوڑا ہوتا ہے۔ اس کا ایک میز خاصہ ہے اور یہ پری امتحان پر یہ بذریعہ جس صاف طور پر شناخت کیا جاسکتا ہے۔ اس سے یہ ظاہر ہو گیا ہو گا کہ قعر (fundus) تشریحی نقطہ نظر سے جسم الرحم (corpus uteri) کی ایک ذیلی تقسیم ہے، اور بلحاظ اصطلاح اسے اس کے ساتھ غلط ملا نہیں کرنا چاہئے۔ سب سے بڑے مستعرض قطر کے انتہائی سروں پر فلوی نیلیاں جسم سے آلتی ہیں۔ یہ مقامات قرون (cornua) یا زاویوں (angles) کے نام سے معروف ہیں۔ فلوی نیلیوں کے علاوہ دو دیگر ساختیں بھی رحم کے قرون سے چسپیدہ ہوتی ہیں، یعنی مستدیر اور میضی رابطات۔ یہ تینوں ساختیں ایک مستوی میں واقع

نہیں ہوتیں، مگر ان کی ترتیب اوپر سے نیچے کی طرف یہ ہوتی ہے۔ نلی، مستدیر رباط، بیضی رباط اور آگے سے پیچھے کی طرف کو ان کی ترتیب حسب ذیل ہوتی ہے۔ مستدیر رباط، فلوپی نلی، بیضی رباط (دیکھو شکل ۳)۔ عظیم الولادة عورت میں جسم رحم کی اگلی سطح چپٹی اور پچھلی سطح نمایاں طور پر محدب ہوتی ہے، مگر کثیر الولادة عورتوں میں ہر دو محدب ہوتی ہیں۔

18

خارجی طرف سے جسم رحم باریطون سے پوشیدہ ہوتا ہے۔ اس کے اندر ایک کہفہ بالقوہ ہوتا ہے جس کا استر ایک اختصاص یافتہ سرخلمہ یعنی دروں رحمہ (endometrium) سے بنتا ہے۔ اس کہفہ میں افزائش کی تھوڑی سی مقدار موجود ہوتی ہے جو دروں رحمہ کے غد سے طیار ہوتی ہے۔ دوران حیض میں اس میں خون جمع ہو جاتا ہے، اور دوران گل اور دیگر مرضی صورتوں میں اس کی جسات بہت بڑھ جاتی ہے۔ رحم کی مقدم اور مخروطیواریں طبعی حالت میں ایک دوسری سے ملی ہوتی ہیں، اور رحمی کہفہ فضا کی شکل میں مشکل ہی سے موجود ہوتا ہے۔

رحمی کہفہ کا رابطہ نیچے کی طرف ایک روزن کے ذریعہ سے جو عنق میں واقع ہوتا ہے اور فم خارجی (os externum) کے نام سے موسوم ہے، ہبل کے ساتھ ہوتا ہے۔ اوپر کی طرف سے یہ فلوپی نلیوں کے درونہ سے مسلسل ہوتا ہے۔ ان مجاری کے ذریعہ سے رحم کو باریطونی تاجہ (peritoneal sac) سے ربط حاصل ہوتا ہے۔ تناسلی خطہ یعنی فلوپی نلیوں، رحم اور ہبل سے ایک ایسی مسلسل قنال طیار ہوتی ہے جو سطح جسم اور حوضی باریطونی کہفہ کے درمیان راہ و ربط پیدا کرنے کے لئے مستقیم مجری کا کام دیتی ہے۔ اور یہ وہ تشریحی ترتیب ہے جس سے عورتوں میں سرایت کے حوضی باریطون تک اکثر باہر سے پہنچنے کی توجیہ ہوتی ہے۔

عنق سہولیت بیان کی غرض سے دو حصوں میں تقسیم کی گئی ہے۔ اس کا نیچے کا حصہ

ہبل میں نکلا ہوا ہوتا ہے اور حصہ ہبلی (portio vaginalis) (ہبلی عنق vaginal

cervix) کے نام سے موسوم ہے۔ اس کا اوپر کا حصہ عنقی ہبلی اتصال کے اوپر واقع ہوتا ہے

اور فوق ہبلی عنق (supra-vaginal cervix) کہلاتا ہے۔ عنق کی شکل تقریباً اسطوانہ نما

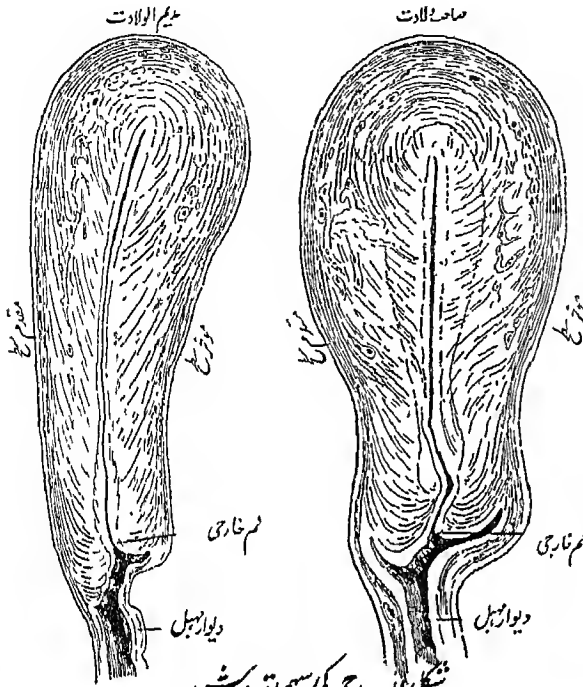
ہوتی ہے، اور اس کے مرکز سے عنقی قنال (cervical canal) گذرتی ہے۔ یہ قنال ایک

چپٹی ویواروں والی تنگ گذرگاہ ہے جو اوپر کی طرف فم داخلی (os internum) کے ذریعہ سے

کہفہ جسم سے ربط و راہ رکھتی ہے، اور نیچے کی طرف فم خارجی (os externum) کے راستہ سے

ہبل میں نکلتی ہے۔ عظیم الولادة عورتوں میں ہبلی حصہ جو عام طور پر پوشیو (portio) کہلاتا ہے

ایک اٹھے مخروط کی مانند ہوتا ہے جس کے راس پر مدور یا مستعرض روزن کی شکل کا فم خارجی ہوتا ہے۔



شکل ۱۱۔ رحم کی ہسی تراشش -

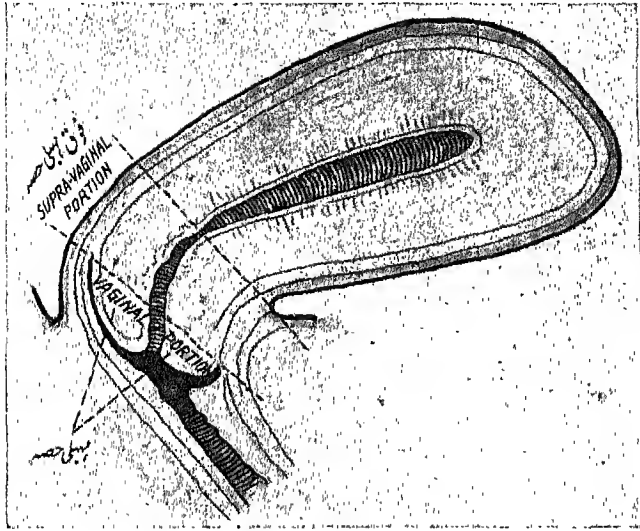
بچہ کی پیدائش کے بعد فم خارجی ملبا اور ایک کم و بیش فراخ اور مستعرض جھری کی مانند ہو جاتا ہے، اور پوشیو (portio) کی جسامت اور شکل و شباهت دریدگی اور بعض متغیرات کی وجہ سے اکثر بہت کچھ تبدیل ہو جاتی ہے۔ اس حالت میں فم خارجی پر یا تو گہری غنجا درزیں موجود ہوتی ہیں (دیکھو شکل ۳۵۹ اور ۳۶۰ صفحہ

581, 582) اور یا یہ کثیر التعداد انتشاقات کی وجہ سے مختلف جسامت اور شکل

کے کئی ایک قطعات میں کٹا ہوا ہوتا ہے۔ مہلی غشائے مخاطی پوشیو (portio) کی سطح پر منعکس ہوتا ہے، اور عنقی بافت سے یہ مضبوطی سے چپکا ہوتا ہے۔ اس لئے عنق کے اس حصہ پر بھی وہی مخاطی غلاف موجود ہوتا ہے جو مہلی دیواروں پر ہوتا ہے، یعنی فلسمانی (squamous)۔ فم خارجی پر یہ دفعۃً تبدیل ہو کر مکیبی (cubical) سرطہ بن جاتا ہے جو عنقی قنال کو استر کرتا ہے۔ سامنے کی طرف سے عنق خلوی بافت کی ایک ڈھیلی نہ کے ذریعہ سے متانہ سے پیوستہ ہوتی ہے۔ اطراف پر یہ جو بھی خلوی بافت کے جانی تو دوں سے متناس ہوتی ہے۔

مذیم الولادة عورت میں تمام رحم کا طول قعر سے لیکر فم خارجی تک ۳ انچ، اور کہنفہ کا ۲ ۱/۲ انچ ہوتا ہے۔ مگر کثیر الولادة عورت میں ان کی لمبائی اس سے ۱/۲ انچ یا کچھ اور زیادہ ہوتی ہے۔ عنق کی لمبائی تقریباً ۱ انچ ہوتی ہے۔ رحم کی دیوار جو قعر پر سب سے زیادہ موٹی

اور عنق اور جسم کے مقام اتصال پر سب سے زیادہ باریک ہوتی ہے، موٹائی میں $\frac{1}{4}$ تا $\frac{3}{4}$ انچ ہوتی ہے۔
عظیم ولادت عورت کے رحم کا وزن $\frac{1}{4}$ تا $\frac{1}{2}$ اونس ہوتا ہے۔ اور کثیر ولادت عورت کے رحم
کا $\frac{1}{4}$ تا $\frac{1}{2}$ اونس۔

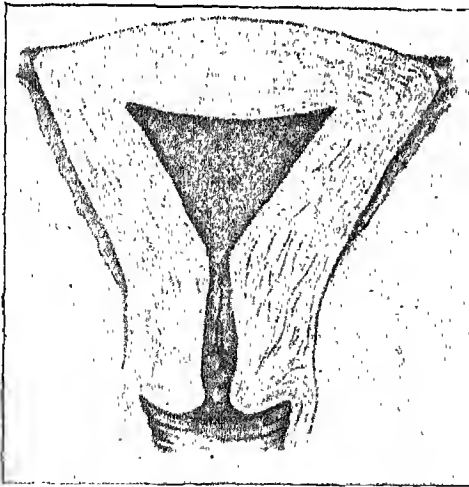


شکل ۱۲۔ عنق کے حصے (ارتسامی توضیح)۔

جب تمام رحم کو اکیلی تراش میں کاٹ کر کھول دیا جاتا ہے تو اس کا کہنہ قیف نما دکھائی دیتا ہے (شکل ۱۳)۔ کہنہ جسم کی شکل منحنی ہوتی ہے، اس کا اس نیچے کی طرف کو ہوتا ہے، اور اس کے بالائی زاویہ قلوپی نیوں کی شکل میں باہر کی طرف نکل جاتے ہیں، اور اس کا زیرین زاویہ عنقی قنال میں چلا جاتا ہے۔ صاحب ولادت عورت میں عظیم ولادت عورت کی نسبت یہ زیادہ وسیع اور زیادہ کشادہ ہوتا ہے۔ مونزالذکر میں کہنہ عنق اکیلی تراش پر نکلے نما ہوتا ہے۔ صاحب اولاد عورت میں بچہ کی ولادت کی وجہ سے فم خارجی (os externum) مستقل طور پر عیض ہو جاتا ہے اور فم داخلی (os internum) کے مقابلہ میں بہت بڑا ہوتا ہے جس مقام پر جسم رحم کا کہنہ عنق کے اندر آ جاتا ہے وہاں اس کا درونہ تنگ ہو جاتا ہے جس سے فم داخلی (os internum) بنتا ہے۔

رحم کا علیٰ حالہ امتحان کرنے پر یہ ظاہر ہوتا ہے کہ جسم رحم عنق پر سامنے کی جانب کسی قدر جھکا ہوا ہے، جس سے رحم کے محور میں ایک انحناء پیدا ہو گیا ہے جو سامنے کی طرف کشادہ ہے۔ یہ انحناء ۱۶۰ درجہ کے زاویہ منفرجہ کے برابر ہوتا ہے۔ عظیم الولادت عورتوں میں زاویہ مذکورہ اکثر بہت زیادہ محدود ہوتا ہے، اور بعض اوقات ۹۰ درجہ سے بھی کم ہو جاتا ہے، لیکن یہ تغیر تقریباً تمام صورتوں میں کسی دیگر غیر طبعی حالت مثلاً قصر حیامت (دیکھو صفحہ ۱۴۶) کے ساتھ پایا جاتا ہے جنہیں میں رحم کا محور ایک خط مستقیم ہوتا ہے۔ حوض کہفہ میں رحم کا محل قاعدۃ وسطانی ہوتا ہے۔ بعض اوقات اس میں جانبی میلان بھی نمودار ہو جاتا ہے جس سے جسم رحم کا رخ ایک طرف کو اور عنق کا دوسری طرف کو ہو جاتا ہے۔ سیدھا کھڑے ہونے کی حالت میں جبکہ مثلاً نہ خالی ہو جسم رحم بہت بڑی حد تک پیش گردیدہ (anteverted) ہوتا ہے، اور حوض میں تقریباً افقی رخ میں پڑا ہوتا ہے، اور قعر عاین (pubes) کے بالائی کنارہ کے لیول کے ذرا نیچے اور خم خارجی ور کی شوکوں (ischial spines) کے لیول پر ہوتا ہے۔ مثلاً کاتند درحم کو اوپر کو اور پیچھے کی طرف کو دھکیل دیتا ہے۔ اور کئی دیوار سے زیادہ دور ہٹا دیتا ہے۔ اور معاً مستقیم کاتند اسے اوپر کو اور سامنے کی

طرف دھکیل دیتا ہے۔ نیز وضع کے اختلافات اور عضلی مساعی بھی اس کے عمل وقوع پر اثر انداز ہوتے ہیں۔ معدوم حس کے زیر اثر دوسری امتحان کرنے کے دوران میں رحم کو حوض میں ہر سمت میں ہلایا جاسکتا ہے، اور کثیر الولادت عورتوں میں عنق کو نیچے کی جانب تقریباً فرج تک کھینچا جاسکتا ہے۔



شکل ۱۳۔ عظیم الولادت عورت کا طبعی رحم
اکلیل تراش سے رحم کی تنصیف کردی گئی ہے۔
کہفہ و جسم مناشی ہے، اور کہفہ عنق تعلقے نما ہے۔

ساخت۔ جو بافت
کہفہ رحم کو استر کرتی ہے جسمی
درول رحم (corporeal
endometrium) کے نام سے

موسوم ہے۔ بہت سے ضروری امور میں یہ دوسرے اختہ کی استری غشا سے مختلف ہوتا ہے اور اسکو غشا کے مخاطی کی اصطلاح سے تعبیر کرنا درست نہیں۔ دروں رحمہ (endometrium) کے بیان سے پہلے یہ بتا دینا ضروری ہے کہ اس کی ساخت اس کے فعلیاتی دور کے درجہ کے مطابق ایک بڑی حد تک بدلتی رہتی ہے۔ یہاں صرف تشریح کی ضروری تفصیل کا ذکر کیا جائے گا۔ دورِ حیض کی مختلف ہیئتوں میں جو تغیرات پائے جاتے ہیں ان کے لئے مطالعہ کنندہ کو ایک آئندہ باب (دیکھو صفحہ 100 اور اس کے بعد کے صفحات) دیکھنا چاہئے۔ جسم میں یہ (جسمی درو رحمہ corporeal endometrium: اس پر غدد کے نجات دیکھے جاسکتے ہیں غنق میں اس (غنقی دروں رحمہ cervical endometrium: میں عرضی شکن پائے جاتے ہیں جن کے درمیان تجاویف (sulci) حائل ہوتے ہیں۔ اگلی اور پچھلی دیواروں کے ساتھ ساتھ ایک ایک وسطانی جید (median ridge) بھی ہوتا ہے (شکل ۱۳) اور ان جیو پر عرضی شکن ختم ہوتے ہیں۔ یہ تمام ترتیب کسی دخت کے تفرع سے سرسری طور پر مشابہت رکھتی ہے۔ قدیم ماہرن تشریح نے اسے نخل حیات (arbor vitae) کے نام سے موسوم کیا تھا۔ تندرست بالغ عورت میں دروں رحمہ (endometrium) کی اوسط دبازت ۲ ملی میٹر ہوتی ہے۔ سن یاس کے بعد یہ مذبول ہو جاتا ہے۔

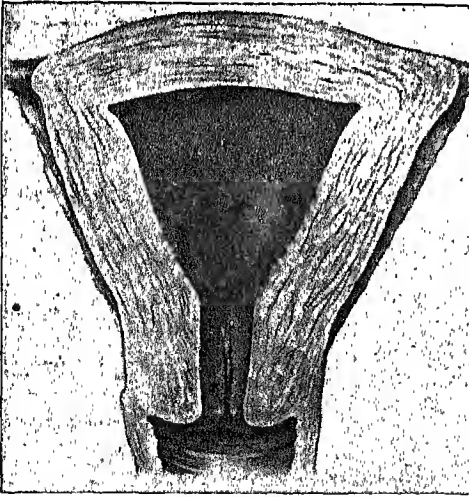
جسمِ رحم کا دروں رحمہ عضلی دیوار سے بلا واسطہ ملا ہوتا ہے اور اس کے غد عضلی ریشوں کے درمیان گھس جاتے ہیں، اس لئے اگرچہ دروں رحمہ کھرچ کر جزوی طور پر علیحدہ کیا جاسکتا ہے، لیکن اسے اتارا نہیں جاسکتا۔ و ساختیں جن سے دروں رحمہ بنتا ہے یہ ہیں: (۱) سر حلقہ (سطحی اور غدی) (۲) ہیگل (stroma) یا رنجگی بافت (۳) عروق خون و لطف۔ تاحال اس میں عصبی انتہائیں ثابت نہیں کی گئیں۔

21

جسمی دروں رحمہ کا سر حلقہ (epithelium) ستونی خلیوں کی ایک واحدہ پر مشتمل ہوتا ہے، جو ایک غشا ئے قاعدی (basement membrane) پر واقع ہوتے ہیں۔ کہا جاتا ہے کہ یہ خلیے مدبہ دار (ciliated) ہوتے ہیں اور ان کے اہداب (cilia) پہلے پہل سن بلوغ پر ظاہر ہوتے ہیں، اور سن یاس پر غائب ہو جاتے ہیں۔ امراضِ بائی صورتوں میں یہ بہت کم دیکھے جاتے ہیں۔ سطحی سر حلقہ چند مقامات پر منعقد ہوتا ہے، اور یہ ان مقامات ہیگل (stroma) کی تمام

گہرائی میں پائے جاتے ہیں، اور اکثر سطحی عضلی طبقات تک بھی پہنچ جاتے ہیں۔ ان سے جسمی دروں رحمہ کے غدود بنتے ہیں۔ ان کے خلیے متوسط قد کے ہوتے ہیں۔ اور ان کے نواتات (nuclei) کے محل وقوع میں کوئی یکسانیت نہیں ہوتی۔ بعض اوقات یہ ان کے مرکز میں ہوتے ہیں اور بعض اوقات قاعدی ایک تہائی حصہ میں۔ اور اس امر کا انحصار ایام حیض کی اس تاریخ پر ہوتا ہے جس کو یہ تراش حاصل کی گئی ہو۔ لہذا یہ خلیات عمقی غد کے خلیات سے مختلف ہوتے ہیں جن میں خلیے بلند قامت ہوتے ہیں اور نواتات صرف قاعدہ پر واقع ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۱۴)۔

یہ غد سادہ انیسیبی ساختہ ہیں۔ اپنے ممر کے عمیق تر حصہ میں کسی قدر لہر دار یا پیچیدہ یا مرغولی ہوتے ہیں۔ یہ کسی قدر تر چھ رخ میں گذرتے ہیں اور جب یہ سطح پر نکلتے ہیں تو تنگ ہو جاتے ہیں۔ ان کے گہرے حصے جوڑے اور بعض اوقات نثار بھی ہوتے ہیں۔ غد کی دیوار کے کسی حصہ کا درونہ میں انعام ذکر آنا خاص نکلتے سے کثیر الوقوع ہے، اسی لئے تراش میں

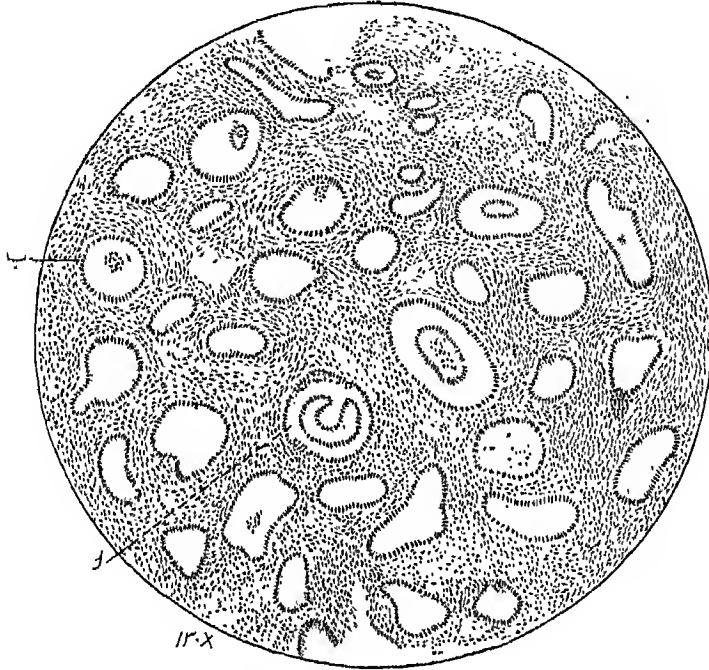


ایک چھوٹا سا حلقہ بڑے حلقہ کے اندر دکھائی دیتا ہے۔ (دیکھو شکل ۱۵)۔ خلیوں کے اہداب کا نقاب انیسیب کے بالائی حصہ تک کیا جاسکتا ہے، لیکن یہ جلد ہی غائب ہو جاتے ہیں اور گہرے حصوں میں بالکل دکھائی نہیں دیتے۔ عرصہ دراز سے اس امر کی تعلیم دی جاتی ہے کہ جسمی دروں رحمہ کے غد کا سر حملہ غشائے قاعدی سے مبرا ہوتا ہے، لیکن یہ صحیح نہیں۔ تلون تراش کے مناسب طریقوں سے ایک غشائے قاعدی ثابت کی جاسکتی ہے جیسا کہ صفحہ ۵ (صفحہ 102) سے ظاہر ہے۔

شکل ۱۴۔ صاحب اولاد عورت کا طبی رحم اپنی چسپیدگیوں سے علیحدہ کر لیا گیا ہے اور اکیلی تراش سے اس کی تصنیف کر دی گئی ہے۔

ہیکل (stroma) یا رخی بافت (interstitial tissue) مضمئی قسم کی میان ناہضی بافت (mesoblastic tissue) کے ایک جال سے بنی ہوتی ہے۔ خلیوں کی تین قسمیں شناخت کی جاسکتی ہیں۔ اساس، اتصالی بافت کے بے قاعدہ یا ستارہ نما خلیوں پر مشتمل ہوتا ہے جن کے ریشک شاخوں میں منقسم ہو کر ہم پہلو خلیوں کے ریشکوں سے مل جاتے ہیں، اور اس طرح ایک نازک جال بن جاتا ہے۔ سہارا دینے والے اس جال کو مزید تقویت کا لیجن ریشکوں (collagen fibrils) سے ملتی ہے جو میکوری (Mallory) کے پولی کروم ٹنکسٹین بلو (polychrome methylene blue) سے ملون نریشوں میں بہترین طور پر دکھائی دیتے ہیں (دیکھو صفحہ ۵)۔ اس جال سے جو فصائیں بنتی ہیں ان میں مختلف شکلوں اور مختلف جسامت کے بہت سے نام نہاد "ہیکلی خلیے" (stroma cells) بھرے ہوتے ہیں۔ یہ خلیے نہایت ہی عظیم الہمیت ہیں، کیونکہ فعلیاتی ہیجان کے زیر اثر ان کی جسامت بڑھتی شروع ہو جاتی ہے اور انجام کار یہ پختہ ریزینہ (mature decidua) کے ریزینی خلیوں کی شکل اختیار کر لیتے ہیں۔ استراحت پذیر ہیکلی خلیہ کی شکل بیضی ہوتی ہے اور اس کے سرے چوڑے ہوتے ہیں۔ کبھی کبھی یہ گول یا دو کی بھی ہوتی ہے۔ نواتات غیر فعال حالت میں نسبتہ بڑے ہوتے ہیں، اور ان سے خلیہ کا جسم تقریباً پُر ہوتا ہے۔ ان میں ایک یا زیادہ نوبے (nucleoli) ہوتے ہیں جو بخوبی واضح ہوتے ہیں۔ یہ خلیے کسی معینہ ترتیب سے واقع نہیں ہوتے، مگر غدی انیمیویں اور خون کے عروق کے گرد یہ اکثر اوقات مدورات (whorls) کی شکل میں مجتمع پائے جاتے ہیں۔ ان کی جسامت ان کے محل وقوع کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔ زیادہ بڑے خلیے سطح کے نزدیک ہوتے ہیں جہاں جال زیادہ کھلا ہوتا ہے، اور زیادہ چھوٹے عضلہ کے قریب۔ طبی دروں رحمہ میں تیسری قسم کا خلیہ لمفی خلیہ (lymphocyte) ہوتا ہے۔ لف آسا بافت کی گرہیں اور ہیکل کی لمفی خلیات سے درپیش سندیت دروں رحمہ کے طبی خواص ہیں۔ اور یہ خلیے جن کے ساتھ کثیر الاشکال نواتی خلیے (polymorphonuclear leucocytes) بھی جاتے ہیں حیضی دور کی طبیعتی فعالیت سے قبل اور اس کے دوران میں بہت نمایاں ہوتے ہیں۔ طبی دروں رحمہ میں ایک نواتی (mononuclear) اور کثیر نواتی (polynuclear) خلیات کے بطور جزو تمام موجد ہونے کی وجہ سے صحیح انتہائی عمل کی تشخیص مشکل ہو جاتی ہے۔ ان خلیات کے علاوہ کو لیجن کے شکلوں (collagen meshes) میں لکڑی ایک، دانہ دار مادہ پایا جاتا ہے جو غالباً ترویج یافتہ مصل ہوتا ہے۔ چوڑے چوڑے عروق جو

درملہ کی صرف ایک تہ سے بنے ہوتے ہیں (دیکھو صفحہ ۵) دروں رحمہ کی تمام دیوارت میں متفرع ہوتے ہیں۔ ان میں سے بعض کا ممر انتصابی ہوتا ہے اور ان میں سے شائیں بھی نکلتی ہیں اور بعض کا انقباضی ہیکل کے

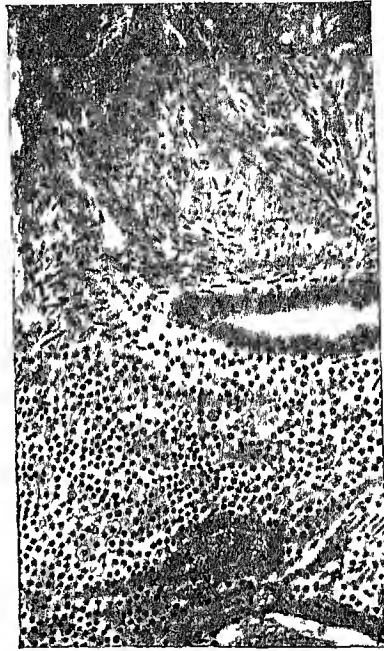
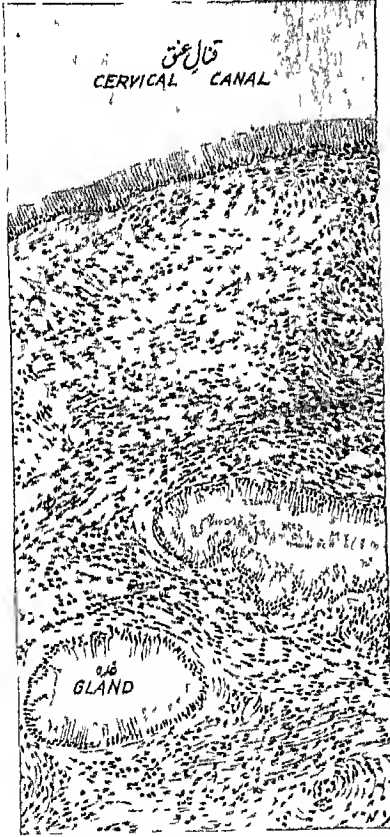


شکل ۱۵۔ جسمی دروں رحمہ (۱۳۰ X) جو دروں میں غذائی دیواروں کے انفراد کو ظاہر کرتا ہے۔ (a) انبیب کے مکمل انفراد کو ظاہر کرتا ہے۔ (b) ایک انفرادی انتہہ انبیب کو ظاہر کرتا ہے جو نوک کے قریب سے لگایا ہے۔ تمام فوات قاعدی دکھائی دیتا ہے۔

گہرے حصہ میں عروق کبھی کبھی پچھلے در بھی ہوتے ہیں۔ طبعی ہیکل میں ایسے عروق نہیں ہوتے جن کی دیواریں لیفی عضلی ہوں۔ اور اس کی تشریحی ساخت ایسی ہوتی ہے کہ یہ متحرک خون اور دروں رحمہ کے ضروری خلوی عناصر یعنی ہیکل اور غد کے درمیان لف اور جسمی سیالات کے آزادانہ تبادلہ کی مساعہ کرتی ہے۔

عنقی دروں رحمہ (cervical endometrium)۔ جو عنقاے مخاطی فم داخلی سے لیکر فم خارجی تک عنقی قنال کا استر بناتی ہے وہ ایک سطحی سرملہ، ہیکل اور غد پر مشتمل

ہوتی ہے۔ سرطہ میں بلند ”سیاجی“ سرطلی خلیوں (high “palisade” epithelial cells) کی ایک ہی تہ موجود ہوتی ہے (دیکھو شکل ۱۴)۔ فم داخلی پر یہ اس سرطہ سے مسلسل ہو جاتا



شکل ۱۴۔ عنقی دروں رحمہ میں سے ترش سطحی سرطہ بلند ”سیاجی“ خلیوں کی ایک ہی تہ سے مرکب ہے۔ سیکل میں خلیے کم تعداد میں موجود ہیں اور جسم رحم کے دروں رحمہ کے سیکل کی نسبت اس میں زیادہ لیفی بافت پائی جاتی ہے۔

شکل ۱۵۔ جسمی دروں رحمہ کا سیکل۔ تصویر کے حصہ زیرین میں سیکل کا لفظ سا منظر بخوبی ظاہر کیا گیا ہے۔

جو جسم رحم کے کہنہ کو محصور کرتا ہے۔ یہ خلیے فروا فرداً جسمی خلیوں سے کہیں بلند ہوتے ہیں۔ اور ان کے نوات مرکزی نہیں ہوتے بلکہ قاعدی ہوتے ہیں۔ حاصر سرطہ ان ارتفاعات کے جو



شکل ۱۰۔ عورت کے ہوتی حسیوں سے بھی تراش کوٹا کر کرتی ہے۔ یہی سلسلہ ناسمانی سرگرم خارجہ کے حاشیہ پر غشی تناسل کے ستونی سرطانی سلسلہ ہے۔ طبیعی منقہ دروں رحم کے منظر کو غور سے دیکھا جائے۔ اس میں بیضہ، توبہ، رحم، منقہ، تناسل کے خنک کوٹا کر کرتی ہے۔ غور و بین سے مطالعہ کرنے کیلئے کافی گہری ہے۔

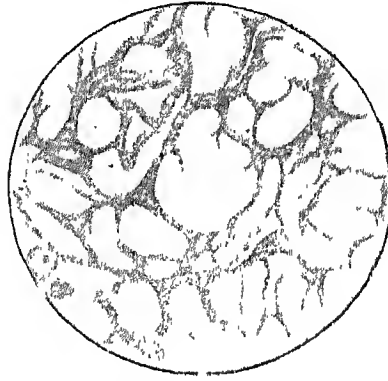
”شغل حیات“ (arbor vitae) سے موسوم یہ ہیں اوپر سے ہو کر گذرتا ہے اور فم خارجی پر پوشیدہ (portio) یعنی عنق کے پہلی حصہ کے فلسفانی مرحلہ سے مل جاتا ہے۔ علاوہ ازیں یہ ان غد کے مرحلہ سے بھی تسلسل قائم کرتا ہے جو ہیکل میں بہت کثیر التعداد ہوتے ہیں۔

حل اور حیض کے لئے کسی اختصاص کی ضرورت نہیں ہوتی۔ بیضی تنہج کے زیر اثر عنقی غد نہ تو پھیلتے ہیں اور نہ ان کی جسامت میں تخفیف ہوتی ہے اس لئے ان کے ارد گرد بافت کے نرم اور متعدد پذیر مہا کی ضرورت نہیں۔ لہذا یہ ہیکل ایسی ساخت سے مرکب ہوتا ہے جو عنق الرحم کی عمومی لیفی عضلی دیوار کی بافت سے قریبی مشابہت رکھتی ہے، اور اسی کے ساتھ غیر محسوس طور پر جالمتی ہے (دیکھو شکل ۱۸)۔ عنقی غد جسمی غد سے تعداد میں کہیں زیادہ ہوتے ہیں۔ ان میں سے بعض سادہ ہوتے ہیں لیکن اکثر مرکب عنقودی ساخت کے ہوتے ہیں، اور لیفی عضلی بافت کی گہرائی میں دوڑ تک چلے جاتے ہیں اور عنقی قنال کی سطح سے ربط رکھتے ہیں جس میں ان کا افراز خارج ہوتا ہے۔ ان کے انتہائی حصص کا اتساع اکثر اوقات دیکھنے میں آیا ہے جو عنقی قناتوں کے بند ہونے سے واقع ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ متع حصے جسامت میں بڑھ جاتے ہیں اور ان سے چھوٹے چھوٹے احتباسی دوبرے (retention cysts) بن جاتے ہیں جو عنق الرحم کی سطح پر نظر آتے ہیں، اور ہاتھ سے محسوس کئے جاسکتے ہیں۔ ان کو نبوتہ کے بیک (Naboth's ovules) کہا جاتا ہے (دیکھو شکل ۱۹)۔ بعض اوقات ان جرابوں میں سے کوئی ایک پوشیدہ (portio) کی سطح پر بھی کھلتا ہوا دکھائی دیتا ہے۔ عنقی غد سے افراز بافراط پیدا ہوتا ہے، جس میں مخاط بکثرت پایا جاتا ہے۔ اس کا تعامل قوی ہوتا ہے اور یہ صاف، بے رنگ لزج (viscid) اور چمکتا ہوتا ہے۔

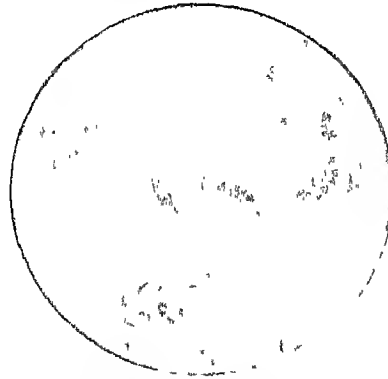
عنقی غشائے مخاطی کے سیاہی مرحلہ اور پوشیدہ (portio) کے فلسفانی مرحلہ غلاف کا برزخ فم خارجی پر واقع ہوتا ہے (دیکھو شکل ۱۸)۔ جنین میں اسکے مستحیات بھی ملتے ہیں، کیونکہ بعض اوقات اسطرح انہما مرحلہ پوشیدہ (portio) کی سطح پر بھی پھیلا ہوتا ہے۔ گاہے گاہے مرحلہ کی یہ غیر تمثیلی تقسیم جو ان عورتوں میں ایک امراضیاتی صورت میں برقرار رہتی ہے جو عنقی عنقی تھاکل (congenital cervical erosion) کے نام سے موسوم ہے۔ بخلاف اسکے بعض حالتوں میں یہ بھی دیکھا گیا ہے کہ بالغ عورتوں میں فلسفانی مرحلہ قنال عنق کے اندر تک پھیلا ہوتا ہے نظام عضلی۔ دیوار رحم کا بہت بڑا حصہ سادہ عضلہ اور لیفی بافت پر مشتمل ہوتا ہے جسم رحم میں عضلی ریشے آئین واضح بندہوں کی شکل میں مرتب ہوتے ہیں جو بخوبی نمایاں لیفی بافت کے



ا۔ باکرہ کے رحم کا عضلی نظام سن بلوغ کے بعد۔



ب۔ صاحب ولادت عورت کے رحم کا عضلی نظام انقطاع الطمث سے پہلے۔



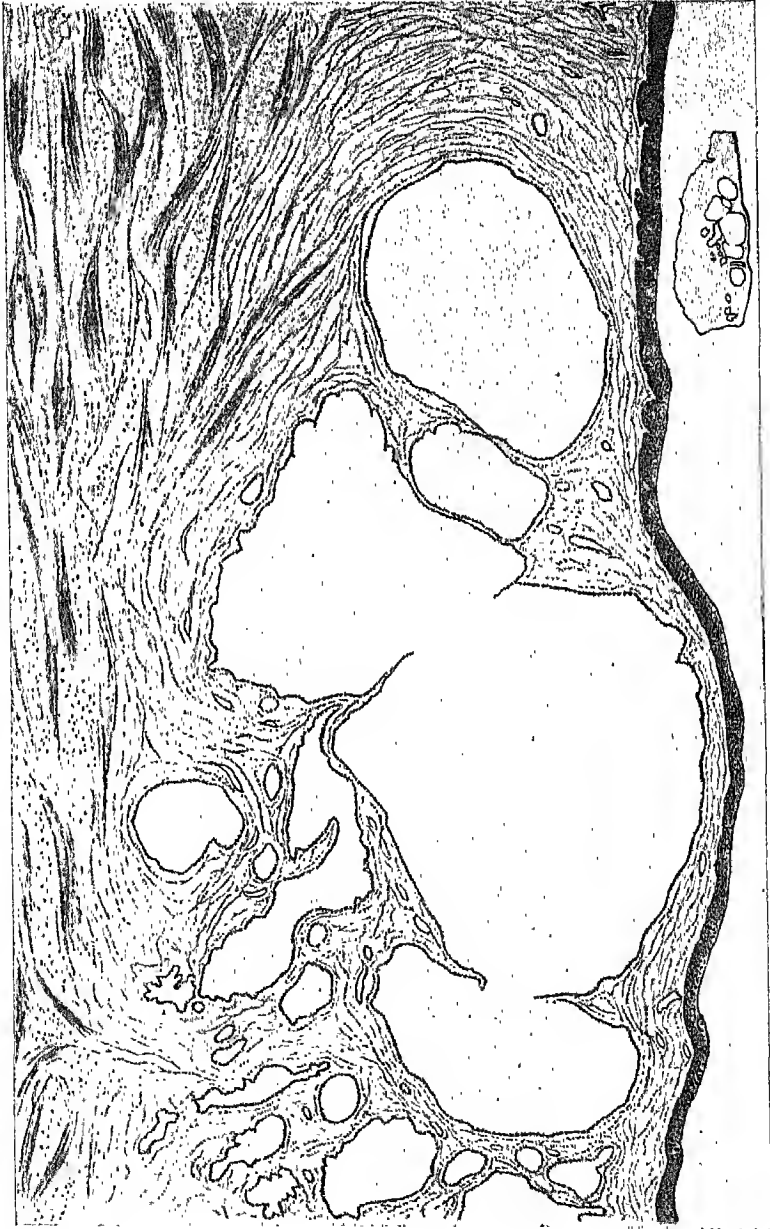
ج۔ سالخورہ عورت کے رحم کا عضلی نظام انقطاع الطمث کے بعد۔

ان تراشوں کی تکوین وان گیشن (Van Gieson) کے طریقہ سے کی گئی تھی۔ عضلات زرد نظر آ رہے ہیں اور فیٹی باسٹ سرخ دکھائی دیتی ہے۔ ایلاستین کی تیز نہیں کیا جاسکتی۔ زندگی کے مختلف مدارج میں پیکر واریات کی مقدار کا اندازہ کرنے کے لئے وہ صفحہ جات دیکھے جائیں جو رحم کے مزمن زیرالتفات (Chronic Subinvolution) میں ہیں، صفحہ 434۔

مستویوں سے ایک دوسرے سے علیحدہ ہوتے ہیں۔ عضلہ اور لیفی بافت کا باہمی تناسب عمر کے مطابق اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ یعنی بلوغ سے قبل ان میں ۲ اور ۳ کی نسبت ہوتی ہے اور اس کے بعد عضلہ کی مقدار بہت بڑھ جاتی ہے، اور ان میں ۳ اور ۲ کی نسبت ہو جاتی ہے (صفحہ ۱)۔ سن یا س کے بعد عضلہ میں بتدریج تخفیف ہونا شروع ہو جاتی ہے۔ حتیٰ کہ ان کا باہمی تناسب پھر ۲ اور ۳ تک پہنچ جاتا ہے (صفحہ ۱)۔ اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ عضلہ کی تناسلی مقدار منصفی فعالیت کے زمانہ میں زیادہ ہوتی ہے۔ جبکہ وظیفہ حیض کے لئے اور دورانِ حمل میں رجحی پیش پرورش کے لئے اس کا قائم کرنے کے لئے اس کی ضرورت ہوتی ہے۔

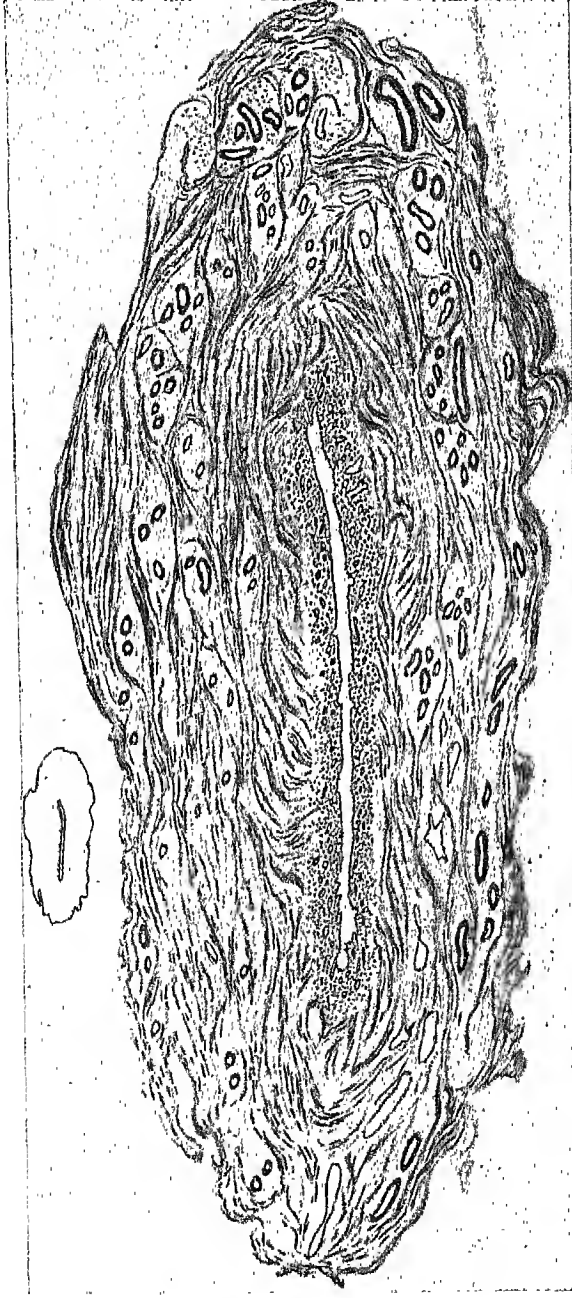
عنق میں عضلی اور لیفی بافتیں ایک گنجان شبکہ کی صورت میں باہم درباقہ ہوتی ہیں جس میں بندل یا مستوی فرداً فرداً شناخت نہیں کیے جاسکتے۔ جسمِ رحم میں یہ ترتیب زیادہ واضح ہوتی ہے۔ چنانچہ ٹینڈر (Tandler) نے (جیسا کہ گوئین (Quain) نے حوالہ دیا ہے) [۱] تحت مصلی (subserous) (۲) عرقی (vascular) اور (۳) تحت مخاطی (submucous) تین عضلی تہوں کا ذکر کیا ہے۔ لیکن اس کا یہ بیان ہے کہ ان تہوں کے آپس میں ایک بہت بڑی حد تک درباقہ ہونے کی وجہ سے ان کا ایک دوسرے سے علیحدہ کرنا مشکل ہے، اور بعض مقامات پر ناممکن ہے۔ عرقی تہ سب سے زیادہ نمایاں ہوتی ہے اور اس کی ترتیب بیشتر مدور ہوتی ہے (شکل ۲۰)۔ دوسری دو تہیں نسبتاً تکی ہوتی ہیں۔

رحم کے عضلی نظام کا مطالعہ حاملِ رحم میں حمل کی ميعاد کے اختتام پر بہترین طور پر کیا جاسکتا ہے، جبکہ ریشوں کا طول $\frac{1}{4}$ اینچ سے $\frac{1}{2}$ اینچ تک پہنچ جاتا ہے۔ اور اس میں پیش پرورش پر پیش نکون (hyperplasia) یا ریشوں کی زیادتی تعداد کا بھی اضافہ ہو جاتا ہے۔ اس حالت میں تحت مصلی ورت (subserous lamina) (شکل ۲۰) ایک باریک سطحی تختہ پر جو باریطون کے عین نیچے ہوتا ہے، اور غیر مکمل طبقات پر جو زیادہ گہرائی میں واقع ہوتے ہیں، مشتمل ہوتا ہے۔ تختہ مذکور طولانی بندوں سے بنا ہوتا ہے، جو عنق سے اوپر کی جانب کو جاتے ہیں۔ اور جسمِ رحم کی سامنے کی جانب سے ہو کر قعرِ رحم کے اوپر سے حجاب کی شکل میں گزر کر پشتِ رحم پر سے نیچے کی طرف کو جاتے ہیں، اور عنق کی پچھلی دیوار اور رجحی شکتوں (utero-sacral folds) میں غائب ہو جاتے ہیں۔ جانبین پر اس عضلی تختہ کے ریشے بعض رباطوں میں گزر جاتے ہیں جہاں یہ مستدیر اور میضی رباطوں اور فلپوئی تلیوں کی اوپر کی سطح تک پہنچ جاتے ہیں بقول بونی (Bonney)



شکل ۱۹۔ عمیق کے پہلی حصہ کی ترش جو غد کے اتساع اور نمو کے نتیجہ کو ظاہر کرتی ہے۔ (بڑھتا نکھ سے ترش و نشاندہ متلا کی طرح نظر آتی ہے)۔

اس طولانی عضلی تسمتہ کا تعاقب سامنے کی طرف سے نیچے کی جانب عمیق کے اوپر تک کیا جاسکتا ہے، یہاں یہ



شکل ۲۰۔ جسم رحم میں سے تو ترش ترش بوجھنی نظام کو نکال کر دکھائی ہے۔ زیر غامی تر و ترش ترش ہے اور اس کے عمیق ترش ترشے عضلہ مخاطیہ (muscularis mucosae) کے ناکو متعام تصور کئے جاسکتے ہیں۔ اس سے باہر کی لپٹ موٹی تہ عروق خون کے گرد واری بندلوں کی شکل میں دکھائی دیتی ہے۔ پیچھے کی طرف بہ زیادہ موٹی ہے۔ زیر وصل تہ (خارجی) باہر کیس ترش ترش ہے۔

وسطانی خط میں عانی عنقی عضلہ (pubo-cervicalis) کے ریشوں، اور جانبین پرست عنقی عنقی (transverse cervical) (اعظم: cardinal) رباطات سے متحد ہو جاتا ہے (دیکھو صفحہ ۱۵، ۱۶)۔ عرقی ورقہ (vascular lamina) پیچھے کی طرف دبیز تر ہوتا ہے (شکل ۲۰)۔ اور یہ بھی قعر کے اوپر سے مجراب کی شکل میں گزرتا ہے، اور عروق خون کے گرد بے قاعدہ ترتیب یا دائروں کی شکل میں موجود ہوتا ہے، ان عروق کا محل دیگر جو ندر اعضاء کی سخت مخاطی فضائی بافت (submucous areolar tissue) کا قنناظر ہوتا ہے۔ سخت مخاطی ورقہ (submucous lamina) کثیر التعداد ہم مرکز حلقوں پر مشتمل ہوتا ہے جو فلوپی نلیوں کے نچلات کے ارد گرد موجود ہوتے ہیں۔ ان میں سے سب سے بڑے دائرے رحم کے وسط میں ایک دوسرے سے ملتے ہیں، اور نیچے جا کر انہی سے فہم داخلی اور فہم خارجی کے عضلات حاصرہ طیار ہوتے ہیں۔

28

لچکدار بافت (elastic tissue)۔ لمبی مدیم ولادت رحم میں لچکدار بافت کی مقدار بہت کم ہوتی ہے، لیکن جو کچھ بھی موجود ہوتی ہے وہ مندرجہ ذیل طریق پر منقسم ہوتی ہے:۔ (۱) ایک باریک ورقہ (لچکدار بافت کا اندرونی طبقہ: elastica interna) جو شریانوں کے اندرونی طبقہ میں پایا جاتا ہے۔ (۲) کچھ مقدار وریڈوں کے وسطی طبقہ میں موجود ہوتی ہے۔ (۳) کچھ مقدار عضلی بندلوں کے درمیان باریک ریشکوں کی شکل میں پائی جاتی ہے اور دیوار رحم کی باہر کی تہ میں یہ خاص کر موجود ہوتی ہے۔ ولفرڈ شا (Wilfred Shaw) کا یہ بیان ہے کہ مدیم ولادت رحم کے اندر لچکدار بافت کی مقدار میں عمر کی زیادتی کے ساتھ خفیف سا اضافہ ہو جاتا ہے جو بخوبی شناخت کیا جاسکتا ہے۔ وضع حل کے بعد رحم کی لچکدار بافت کی مقدار عضلی بندلوں کے درمیان ایک کافی حد تک بڑھ جاتی ہے، اور جو بندل بڑے بڑے عروق خون کے خلوں میں پائے جاتے ہیں ان کے درمیان اس میں خاص طور پر اضافہ ہو جاتا ہے (صفحہ ۱۹)۔ ڈلیوشا (W. Shaw) کے قول کے مطابق لچکدار بافت کی حقیقی مقدار موضوع کی تعداد ولادت کے ساتھ بلا واسطہ تناسب رکھتی ہے۔ اسکا خیال ہے کہ اس بافت کی فراہمی ایک خالصتہ فعلیاتی عمل ہے، اور کثیر ولادت رحم میں اس کی موجودگی عروق اور عضلہ رحم دونوں کی قدرتی صلاحیت (sclerosis) پر ولادت کرتی ہے جو عمل کا نتیجہ ہوتا ہے۔ ڈلیوشا (W. Shaw) کی جدید تحقیقات سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ کثیر ولادت رحم کی لچکدار بافت کی اس زیادتی کو، جو اس مقدار کے علاوہ ہو جو عام طور پر طبی تسلیم کی جاتی ہے، ناقص التفاف (subinvolution) کے لئے کوئی معیار

تصور نہیں کیا جاسکتا۔ یہی خیال پہلے گڈال (Goodall) نے بھی ظاہر کیا تھا اور فلیچر شا (Fletcher Shaw) نے اس کی تائید کی تھی (دیکھو صفحہ 434)۔

عروقِ نخون جملہ لیفی عضلی ستویوں سے ہو کر گزرتے ہیں، لیکن عرقی ورقہ (vascular lamina) میں ان کا مطالعہ بہترین طور پر کیا جاسکتا ہے، جہاں بڑے بڑے شریانی اور وریدی مجاری موجود ہوتے ہیں۔ شریانوں کا مرکز غولی اور پیچدار ہوتا ہے، اور یہ حالت ایسے عضو کیلئے جس کی جسامت میں ایک بڑی حد تک تبدیلیاں واقع ہوتی ہوں ایک لازمی شے ہے۔ ان کی جسامت کے مقابلہ میں ان کی دیواریں بہت موٹی ہوتی ہیں۔ جوان عورتوں کے رحم کے عروق میں اکثر اوقات بہت نمایاں تنزلی تغیرات پائے جاتے ہیں۔ یہ تغیرات انقباض (involution) کے طبعی عمل ہی کا ایک جزو ہیں، جو ایک خاص حد پر بند ہو کر مستقل طور پر باقی رہ جاتے ہیں، ان یاس کے بعد ان میں تعاجلی تنزل (hyaline degeneration) پیدا ہو جاتا ہے، جو شریانوں کے تمام طبقات پر اثر انداز ہوتا ہے (دیکھو صفحہ ۱- ج)۔

عروقِ لطف اور اعصاب۔ رحم میں عروقِ لطف اور اعصاب کی رسد بہ کثرت ہوتی ہے۔ قبل الذکر کا تذکرہ دیگر حوضی عروقِ لطف کے ساتھ کیا جائیگا۔ رحم کے اعصاب مشار کی نظام سے آتے ہیں، جن کی وساطت سے اس عضو کو مرکزی عصبی نظام اور دیگر تشکی اختار سے بھی ایک قریبی تعلق حاصل ہوتا ہے (دیکھو صفحہ 71، 72)۔

باریطون۔ رحم کا باریطونی غلاف فقو کو مکمل طور پر پوشیدہ کرتا ہے، اور یہاں سے منعکس ہو کر متبرر رباط اور فلونی نلیوں پر پہنچ جاتا ہے۔ جسمِ رحم کی اگلی اور پچھلی سطحیں باریطون سے مکمل طور پر ڈھکی ہوتی ہیں، لیکن جانبین پر اس کا ایک کافی حصہ اس غلاف سے مبرا ہوتا ہے۔ یہ برہنہ رقبہ نسل میں کسی قدر شلشی ہوتا ہے، اور اس کا زاویہ راس اوپر کی طرف اور قاعدہ نیچے کی طرف فہم داخلی کے بول پر ہوتا ہے (دیکھو شکل ۶)۔ عنق کی اگلی جانب اور اطراف پر کوئی باریطونی غلاف نہیں ہوتا، لیکن فوقِ مہلی حصہ کی پچھلی طرف اس باریطون سے ڈھکی ہوتی ہے جو رحم کی پچھلی طرف سے نیچے کو ڈگلس کی جیب (pouch of Douglas) کے فرش تک پھیلا آتا ہے (شکل ۷)۔ باریطون عام طور پر ماتحت عضلہ سے محکم طور پر چسپیدہ ہوتا ہے، لیکن اگلی دیوار کے نیچے کے حصہ پر، فہم داخلی سے ۱/۲ انچ اوپر تک، باریطون کے نیچے خلوی بافت موجود ہوتی ہے، جو نیچے سے اوپر کو جاتی ہے۔ اور اس کی وجہ سے باریطون رحم کی دیوار سے اناراجا سکتا ہے۔ یہ رقبہ اس مقام کو ظاہر

کرتا ہے جہاں میعادِ حمل کے اختتام کے نزدیک زیرین رحمی قطعہ (lower uterine segment) پیدا ہوتا ہے۔

رحم کی چسپیدگیاں (uterine attachments)۔ رحم کی چسپیدگیوں کا شمار مندرجہ ذیل ترتیب سے کیا جاسکتا ہے:۔

(۱) عریض رباطات (broad ligaments)۔

(۲) رحمی عجزی رباطات (utero-sacral ligaments)۔

(۳) عنق کے مستعرض رباطات۔

(۴) عنقی مہیلی مقام اتصال (cervico-vaginal insertion)۔

(۵) مستدیر رباطات (round ligaments)۔

عریض، رحمی عجزی، اور مستعرض عنقی رباطات کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے (دیکھو صفحہ

8 تا 13)۔

عنقی مہیلی مقام اتصال (cervico-vaginal insertion)۔ رحم مہیل کے ساتھ دیگر ساختوں کی نسبت زیادہ مضبوطی سے میوستہ ہوتا ہے۔ مہیل کا اوپر کا سرا مکس ہوتا ہے اور اس کی شکل ایک پیالہ مناشیب کی سی ہوتی ہے جس میں عنق کا مہیلی حصہ واقع ہوتا ہے۔ عنق اور مہیل کی لیبی عضلی بافتیں ایک دوسرے سے بہت اچھی طرح سے متحد ہوتی ہیں، اور مؤثر الذکر کا مطبق سر ملہ (stratified epithelium) عنق کی سطح پر سے گذر کر فم خارجی تک چلا جاتا ہے۔ کاٹے بغیر مہیل کا عنق سے علیحدہ کرنا ناممکن ہے، کیونکہ ان کے درمیان علوی بافت کا کوئی مستوی حائل نہیں ہوتا، اور ان دونوں اعضا کا تنسل مکمل ہوتا ہے۔ مہیلی قنال کو زیادہ تر سہارا مہیل اور عنق کی باہمی پیوستگی سے ملتا ہے، لیکن نیچے کی طرف اس کے زیرین ایک تہائی حصہ میں اس کو عضلات رافع المیز (levator ani) کے ریشوں سے مزید سہارا پہنچتا ہے۔ اور اس کا بالائی دو تہائی حصہ مستعرض عنقی رباطوں (transverse cervical ligaments) سے اپنی جگہ پر قائم رہتا ہے۔ عنق رحم کے مہیل سے متحد ہوتے، اور ان ساختوں کے آپس میں کججان ہو جانے کی وجہ سے یہ بخوبی روشن ہو جائے گا کہ مہیل کے سہاروں کے کردار ہو جانے سے رحم کی وضع پر جلد ہی اثر پڑے گا (دیکھو رحم کی غیر وضعیتیں صفحہ 589، 590)۔

مستدیر رباطات (round ligaments)۔ یہ دو پتلی پتلی جیل نما ساختیں ہیں

جو قرن الرحم کی اگلی طرف سے نکل کر ہر ایک عریض رباط کی مقدم باریلوئی تہ کے نیچے سے نیچے کی اور باہر کی طرف کو جاتی ہیں، اوپر سامنے کی اور کسی قدر اوپر کی طرف کو تم کھا کر داخلی شکمی حلقہ (internal abdominal ring) کو عبور کر جاتی ہیں۔ اُردنی قنال (inguinal canal) میں پہنچ کر یہ منشق ہو جاتی ہیں اور شفر تین کبیر (labia majora) کی تحت جلدی باذت سے چسپیدہ ہو جاتی ہیں۔ مستدیر رباط کا باریلون ڈھیللا ڈھالا ہوتا ہے جس کی وجہ سے یہ اپنی جائے قیام سے بلا تکلف اٹھایا جاسکتا ہے۔ اس امر سے مختلف جراحی عملیات میں استفادہ کیا جاتا ہے۔

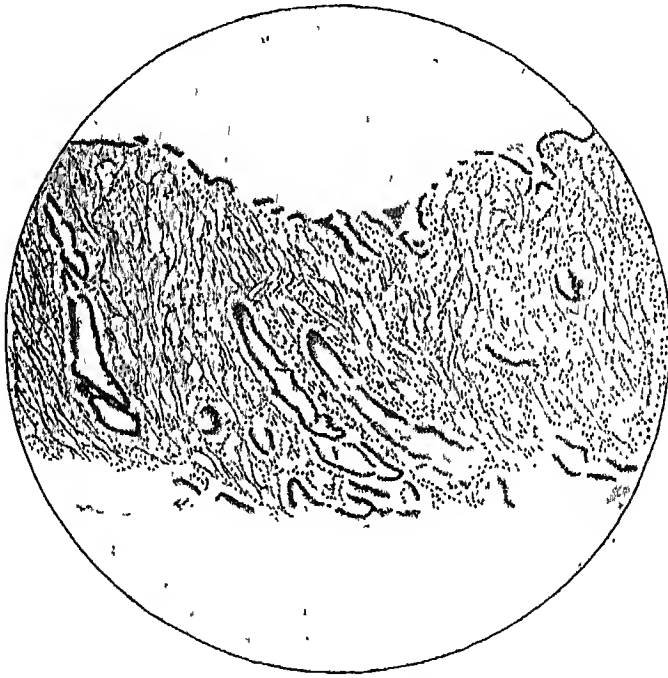
مستدیر رباطات تقریباً تمامہ سادہ عضلات سے مرکب ہوتے ہیں، جیسا کہ زندہ موضوعات میں دیکھنے میں آتا ہے۔ یہ مختلف موٹائی کی ڈھیلی ڈھالی ساختیں ہیں۔ بعض حالتوں میں یہ تقریباً اتنے پتلے ہوتے ہیں جتنی پتلی کہ جراحی کی سلائی (surgical probe)۔ دیگر حالتوں میں یہ اتنے موٹے ہوتے ہیں جتنی موٹی کہ سیسہ کی نیپل۔ ان رباطات کا امر منحنی ہوتا ہے۔ اور یہ کبھتہ شکم سے اس مقام پر نکلتے ہیں جو امکاٹا اس مستوی پر واقع ہوتا ہے جو طبعی پیش گرویدہ رحم کے قعر کے مستوی سے متاخر ہوتا ہے، اور اسی پر یہ اکثر اوقات واقع ہوتا بھی ہے۔ ان تشریخی امور سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ یہ رباطات رحم کے طبعی سہاروں کی حیثیت سے محض ایک معاون فعل سرانجام دیتے ہیں۔ بلحاظ نمویہ مرد کے حاکمہ تخصیص (gubernaculum testis) کے فنطاز ہیں (دیکھو صفحہ 86)۔ دوران حمل میں ان میں ایک غیر معمولی پیش پرورش واقع ہو جاتی ہے جس سے یہ نتیجہ نکالا جاسکتا ہے کہ یہ ہرگز مدیم الفعل ساختیں نہیں۔ سی مارٹن (C. Martin) نے یہ خیال ظاہر کیا ہے کہ مستدیر رباطات کا اصلی فعل یہ ہے کہ یہ وضع حل کے دوران میں طولانی عضلی ریشوں کے انقباضات کے وقت رحم کو قائم رکھتے ہیں اور اس کے لئے پالنگ (tether) کا کام دیتے ہیں۔ اس طرح یہ ان انقباضات کو اخراج جنین کے لئے زیادہ موثر بنا دیتے ہیں۔

30

زندگی کے مختلف حصوں میں رحم کی حالت جنین میں ساتویں مہینہ میں رحم حوضی لگر کے اوپر واقع ہوتا ہے۔ یعنی بالغ کے مقابلہ میں یہ زیادہ اونچے لیول پر ہوتا ہے۔ عنق طول میں تقریباً جسم کے برابر ہوتی ہے۔ اور عنقی دروں رحم کی ترتیب جو ”نخل حیات“ (arbor vitae) کے نام سے موسوم ہے اس زمانہ سے قبل ظاہر ہو چکتی ہے۔ رحم کا محوریدہ اور تقریباً انتصبابی ہوتا ہے۔ سن بلوغ میں رحم سرعت سے بڑھنا شروع ہو جاتا ہے، اور جسم عنق کے مقابلہ میں زیادہ تیزی سے بڑھتا ہے، حتیٰ کہ ان کا تناسب ۲:۱ تک پہنچ جاتا ہے جو بلوغ میں

پایا جاتا ہے۔ اسی دوران میں جسم اور عنق کا درمیانی زاویہ ظاہر ہوتا ہے، اور تمام کا مقام عضو پیش گردیدہ ہو کر اس قدر گر جاتا ہے کہ حوضی لنگر کے لیول کے نیچے تک پہنچ جاتا ہے۔ دیوار رحم کے عضلہ کا تناسب بہت بڑھ جاتا ہے، لیکن عنق میں یہ تناسب اس حد تک دیکھنے میں نہیں آتا۔

بچہ پیدا ہونے کے بعد رحم کی کلانی قاعدہ مستقل طور پر باقی رہتی ہے۔ اور عنق پر کم و بیش وسیع دریگیوں کے نشانات پائے جاتے ہیں، اور فہم خارجی کلانی یافتہ ہوتا ہے (دیکھو شکل



شکل ۲۱ ان تغیرات کو ظاہر کرتی ہے جو دروں رحم میں پیرائہ سالی میں واقع ہوتے ہیں $\times 65$ ۔ سطحی سرطانی میں نقشہ واقع ہو رہا ہے، غدود ترچھے رخ میں سطح کی طرف جارہے ہیں، اور ان کا سرطانی انحطاط یافتہ ہے۔ ہیکل بہت لیضیت یافتہ ہے، اور تمام کا تمام دروں رحمہ پیلا ہو گیا ہے۔

۳۵۹ و ۳۶۰ - صفحہ 581، 582)۔ تراش میں یہ ظاہر ہوتا ہے کہ رحم کی دیوار موٹی ہو گئی ہے، اور اس تغیر میں غشائے مخاطی اور نظام عضلی ہر دو شریک ہیں۔ نیز کبھہ رحم بھی عظیم الولادت رحم کے

کہنے کے مقابلہ میں زیادہ بڑا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۱۴ - صفحہ ۲۱)۔ نظام عضلی میں عام طور پر موٹی دیوار والی شریانیں دکھائی دیتی ہیں۔ بعض میں یہ وبازت زیادہ تر داخلی طبقہ (intima) میں ہوتی ہے، اور اس حالت میں شریانیں منطس بھی ہو جاتی ہیں۔ اور بعض میں یہ وسطی طبقہ (media) اور خارجی طبقہ (adventitia) میں واقع ہوتی ہے۔ یہ موناٹی عروق کی دیواروں کی لیفی عضلی بافت میں ہیالین (hyalin) کے فراہم ہونے سے پیدا ہوتی ہے۔ عروق کے ارد گرد سہارا دینے والی لیفی بافت کی جگہ لچکدار بافت کثرت سے پیدا ہو جاتی ہے، جو وگرت کے لچکدار بافت کے ٹون (Weigert's elastic-tissue stain) سے واضح کی جاسکتی ہے (دیکھو صفحہ ۱۹ مقابل صفحہ ۴۳۴)۔

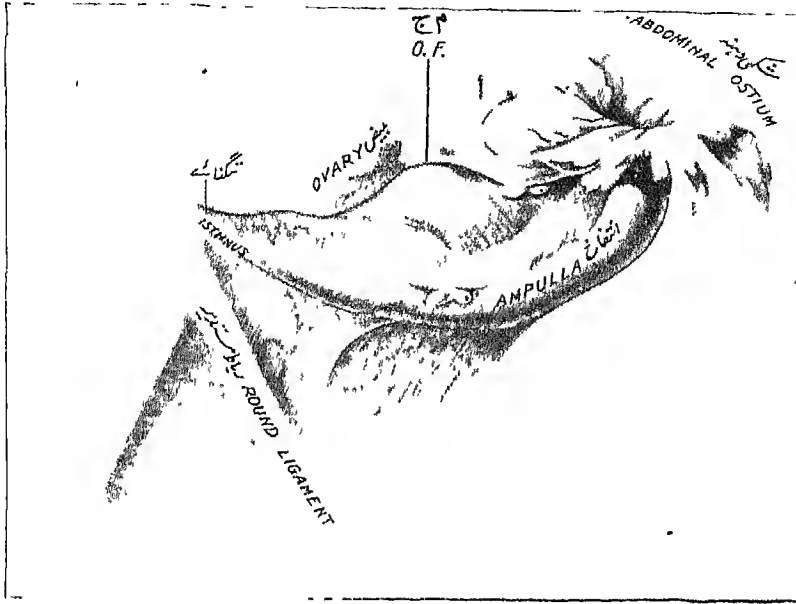
انقطاع الطمث (menopause) کے بعد رحم سکڑ جاتا ہے، اور اسکی جسامت اور اس کے وزن میں کمی آ جاتی ہے۔ عنق نمایاں طور پر سکڑ جاتی ہے کیونکہ پوشیو (portio) بالعموم غائب ہو جاتا ہے، اور فم خارجی ایک چھوٹے سے وزن کی مانند باقی رہ جاتا ہے جو پہلی دیوار کی سطح کے عین برابر ہوتا ہے۔ نیز دروں رحمہ بھی مذبول ہو جاتا ہے (دیکھو شکل ۲۱)؛ لیکن عمل ذبول کی رفتار بہت سست ہوتی ہے۔ اور ایسی عورتیں جس میں انقطاع الطمث متعدد سال پہلے ظاہر ہو چکا ہو بعض اوقات دروں رحمہ کافی مونا ہوتا ہے، اور اس میں کثیر التغاؤد غذا اور بخوبی متوفیافتہ سر حلیہ پایاجانا ہے۔ نظام عضلی کی کئی ایک شریانیں منطس ہو جاتی ہیں، اور ان کے طبقوں میں کبھی کبھی کلسی تنزل (calcareous degeneration) کے قطعات ظاہر ہو جاتے ہیں۔ (صفحہ ۱ - ج مقابل صفحہ ۲۵)۔ رحمی دیوار سے عضلہ کی بہت سی منفرد غائب ہو جاتی ہے، اور اس کی جگہ لیفی بافت پیدا ہو جاتی ہے۔

فلوپی نلیاں

(FALLOPIAN TUBES)

فلوپی نلیاں (Fallopian tubes) وسطانی جانب پر رحم کے ساتھ مسلسل ہوتی ہیں اور ان کے بعد ہی سرے حوضی باریطونی کہنے میں آزاد واقع ہوتے ہیں۔ ہر ایک نئی متناظر اور یہ رحم سے پیوستہ ہوتی ہے، اور سمتاں ۴ سم رنج لمبی ہوتی ہے۔ اول اول یہ افقی سمت میں رحم سے باہر کی طرف کو جاتی ہے، اور پھر یہ اپنے اندرونی اور وسطی دو تنہائی حصوں کے مقام اتصال پر

تینچے کی طرف کو مڑ جاتی ہے، اور ایک خم بنا کر جس کا رخ اوپر کی پچھلی، اور اندر کی طرف کو ہوتا ہے



شکل ۲۲۔ فلوپی نلی (چرڈ)۔ یہ شکل ان ساختوں کے تعلقات کو بھی ظاہر کرتی ہے جو قرن الرحم سے چسپیدہ ہیں، یعنی بیضی رباط، فلوپی نلی، اور مستدیر رباط، ج ۴۔ بیضی جہاں۔

بیض کے بیرونی قطب کو گھیر لیتی ہے۔ شیر خوادگی کے زمانہ میں یہ نلی کسی قدر تکلیف یافتہ ہوتی ہے لیکن سن بلوغ پر اس کے تلافیف غائب ہو جاتے ہیں۔ سہولت بیان کے لئے یہ نلی تین حصوں میں تقسیم کی گئی ہے۔ ریشکی (interstitial) یا رحمی (uterine) حصہ جو دیوار رحم میں سے گزرتا ہے، اور ۱/۲ تا ۱/۳ انچ لمبا ہوتا ہے۔ تنگنا (isthmus) جو تنگ اسطوانہ نما ہوتی ہے۔ یہ حصہ نلی کے اندرونی ایک تہائی حصہ کا قناطر ہوتا ہے (دیکھو شکل ۲۲)۔ آخری حصہ انتفاخ (ampulla) ہے جو اس نلی کے منحنی حصہ کا قناطر ہوتا ہے۔ یہ حصہ بہت تنگ قیف کی شکل کا ہوتا ہے، اور اپنے اختتام کی طرف آہستہ آہستہ کھلتا جاتا ہے۔ فلوپی نلی کے بالائی آزاد حصہ

شکمی دہنہ (abdominal ostium) طیار ہوتا ہے جس کے ارد گرد اس نلی کی دیوار انگلیوں کی طرح متعدد جھالروں (fimbriae) میں تقسیم ہو جاتی ہے (دیکھو شکل ۲۲)۔ ان میں سے ایک جھالر باقی سب سے لمبی ہوتی ہے، اور یہ بالعموم اس باریلیونی شکن کے آزاد حاشیہ کے ساتھ ساتھ چلی جاتی ہے جسے ماساریقائے انبوبہ (mesosalpinx) کہتے ہیں اور بیض کے انبوبی قطب تک پہنچ جاتی ہے (بیضی جھالر: ovarian fimbria)۔ رخی حصہ بہت تنگ ہوتا ہے، اور اس کا درونہ قطر میں ملی میٹر ہوتا ہے۔ تنگنائے (isthmus) کسی ندر چوڑی ہوتی ہے اور انتفاخ (ampulla) کا



شکل ۲۳ - فلوپی ٹی کی تنگنائے میں سے مستعرض تراش - ۱ - ب - ج - تین ابتدائی شکنوں کے محل وقوع کو ظاہر کرتے ہیں۔

قطر بڑھتے بڑھتے شکمی دہنہ تک (جو باریلیونی کہفہ میں مستقیماً کھلتا ہے) پہنچنے سے قبل ۳ تا ۵ ملی میٹر تک پہنچ جاتا ہے۔

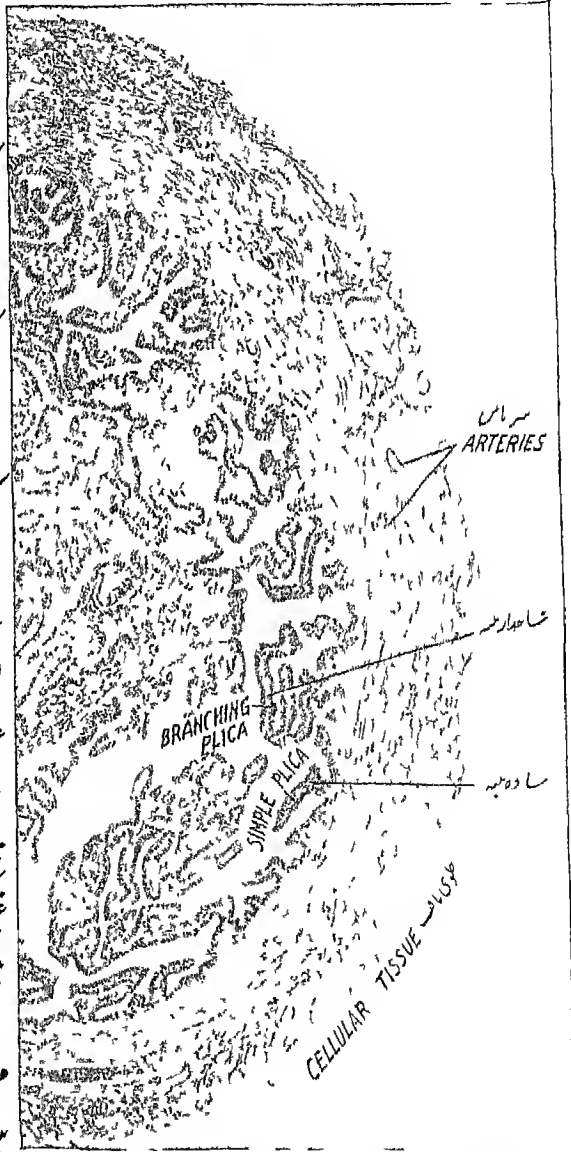
فلوپی ٹی لمباؤ ساخت ایک بیرونی باریلیونی طبقة، ایک وسطی عضلی طبقة، اور ایک استہی

غشاء پر مشتمل ہوتی ہے۔ یہ عرض رباط کی تہوں کے درمیان واقع ہوتی ہے جس کے بالائی کنارہ سے اس کا خارجی طبقہ طیار ہوتا ہے۔ اسی لئے اس نلی کا فرش جو اس کے محیط کے چھٹے حصہ کے برابر ہوتا ہے، باریطونی غلاف سے معرا ہوتا ہے، لیکن

باریطونی تہوں کے درمیانی وقفہ میں واقع ہوتا ہے۔ باریطون سے معرا حصہ تنگنائے (isthmus)

کی نسبت انتفاخ (ampulla) پر بڑا ہوتا ہے۔ باریطون کے نیچے عروق دار اور ڈھیلی ڈھالی خلوی بافت کی ایک تہ موجود ہوتی ہے جو تحت مصلیٰ تہ (subserosa) کہلاتی ہے۔ یہ بافت اس نلی کے فرش کے ساتھ ساتھ بکثرت پائی جاتی ہے۔

عضلی دیوار نلی کے بیرونی حصہ میں اس کے اندرونی حصہ کی نسبت زیادہ موٹی ہوتی ہے۔ اس کا عضلہ غیر مغلط اور تین تہوں میں تقسیم ہوتا ہے۔ ایک باریک بیرونی طولی تہ، ایک موٹی وسطی مدور تہ، اور ایک غیر مکمل اندرونی تہ۔ آخر الذکر بھی طولی ہوتی ہے اور غشائے مخاطی کے تینوں (plicæ) میں چلی جاتی ہے۔ تحت مخاطی تہ (submucosa) نہیں ہوتی، اس لئے غشائے مخاطی براہ راست عضلہ پر منکسر ہوتی ہے۔ استری مرحلہ



شکل ۳۸۔ فلوپی نی کے انتفاخ کی تصنیف کی گئی ہے۔

نلی کے ایک سرے پر دروں رحمہ (endometrium) سے مسلسل ہوتا ہے، اور دوسرے پر باریکوں سے۔ اس کا لازمی جز دستخونی ہدیہی سرطہ کی واسطہ ہوتی ہے جسے غلوی بانٹ کی ایک بہت باریک نہ سہا ہوتی ہے۔ انبوبی مخاطیہ (tubal mucosa) میں غدو نہیں ہوتے۔ اس غشا کے عمومی مقنا نلی کے مختلف حصوں میں مختلف ہوتے ہیں، مگر شروع سے اختیر تک اس پر سے تین لمبی ٹنگن گذرتے ہیں جو عین واضح ہوتے ہیں۔ ان میں سے پہلا جنینی زندگی کے چوتھے مہینے میں پیدا ہوتا ہے، اور دوسرا فریسا ٹنگن تقریباً ساتویں مہینہ میں پایا جاتا ہے۔ رخی حصہ میں ٹنگن سادہ اور اٹھلے ہوتے ہیں۔ تنگنائے (isthmus) میں ان کی تعداد بہت زیادہ ہوتی ہے، اور یہ سادہ نہیں ہوتے بلکہ منقسم ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۲۳)۔ انتفاخ (ampulla) میں یہ باریک زائدوں کے ایک پیچیدہ دستخودہ کی شکل کے ہوتے ہیں، اور ثنیات (plicae) کے نام سے موسوم ہیں (دیکھو شکل ۲۴)۔ ان ثنیات میں عین گتھی ہوئی انصالی بانٹ کی (جس میں گول اور دو کی خلیے ہوتے ہیں) ایک مرکزی کیل (core) پائی جاتی ہے، اور چند لچکدار اور عضلی ریشے بھی موجود ہوتے ہیں۔ ان میں سے بعض ثنیات (plicae) سادہ اور اکثر مرکب ہوتے ہیں۔ مؤخر الذکر میں سے بعض ایک حذنک مولے بھی ہوتے ہیں۔ ان کے دریاں و تقوں میں نلی کی دیوار سرطہ کی محض ایک پٹی سی سی سے ڈھکی ہوتی ہے۔ اس لئے نلی کے اس حصہ کے درونہ میں ٹینگنوں کے درمیان شاخدار گذرگا ہوں یا رخیوں کا ایک پیچیدہ نظام پایا جاتا ہے جس کے تمام حصوں میں کثیر التعداد تہ انبائیں (culs-de-sac) ہوتی ہیں۔ شکی سرے پر ثنیات چھوٹے ہو جاتے ہیں، اور جو بانٹ جھاروں کو پوسیدہ کئے ہوتی ہے اس میں ٹنگن نسبت بہت کم تعداد میں دکھائی دیتے ہیں۔

نلی کا سرطہ ستونی ہدیہ دار خلیوں کی ایک تہ پر مشتمل ہوتا ہے۔ انتفاخی (ampullary) حصہ کے اہداب بہترین طور پر نمایاں ہوتے ہیں، اور انچی حرکت کا رخ رحم کی طرف کو ہوتا ہے۔ بعض خلیے ہدیہ دار نہیں ہوتے، اور وہ شاید نلی کے افراز کی پیدائش سے تعلق رکھتے ہیں، جو قبل از حیض حالت میں بہت قلیل المقدار ہوتا ہے۔ طبعی حالت میں دوران حیض میں کوئی انوبی نزف واقع نہیں ہوتا، لیکن ہمارے پاس اس امر کی شہادت موجود ہے کہ بعض امراضیاتی صورتوں میں ایسا ہو سکتا ہے۔

کبھی کبھی انتفاخی حصہ کی ظہری جانب پر ایک ثانوی یا معین شکی دہنہ (accessory abdominal ostium) بھی موجود ہوتا ہے جس کے ارد گرد جھالریں (fimbriae) ہوتی ہیں (دیکھو شکل ۵۹ صفحہ ۶۶)۔ اور بعض اوقات نلی کے اسی حصہ میں عططانت (diverticulæ)

لیکن ان سے ایک یا زائد اندرونی افرازات یا ہارمون (hormones) بھی نکلتے ہیں۔ ان کا وجود نہ صرف صنفی خلیات کے مابعد نوکو ترقی دینے کے لئے ضروری ہے بلکہ بالغ عورت میں یہ دوسرے غد کے ساتھ مل کر ہارمونوں کا طبعی توازن قائم رکھنے کے لئے بھی ناگزیر ہیں (دیکھو ”فعلیات“ صفحہ 92 اور بعد کے صفحات)۔

35

ہر ایک بیض چپٹا اور بیضہ نما ہوتا ہے اور بالغ میں $\frac{1}{8} \times \frac{1}{4} \times \frac{1}{2}$ ہوتا ہے، مگر اس کی جسامت اور شکل میں اکثر معتد بہ اختلافات بھی پائے جاتے ہیں۔ نوجوان عظیم الولادت عورتوں میں یہ پتلا سا ہوتا ہے، اور جب تک تویض (ovulation) شروع نہیں ہو جاتی اس کی سطح ہموار رہتی ہے۔ بعد ازاں پختہ ہونے والے جرابوں (follicles) کے بروز کی وجہ سے اس کی شکل بے قاعدہ ہو جاتی ہے، اور سن یا س پر اس پر عام طور پر بہت سی بھریاں پائی جاتی ہیں۔ علاوہ ازیں دوران زندگی میں ولادت اولاد کے زمانہ میں اس کی جسامت اور شکل میں معتد بہ اختلاف پایا جاتا ہے، جو متوالی صنفی دور کی اس مہیت کے لحاظ سے جب کہ اس عضو کا امتحان کیا جائے اور اس کی وظیفی فعالیت کی موجودگی اور عدم موجودگی کے لحاظ سے واقع ہوتا ہے۔ زمانہ استراحت میں بیض دھندلا سفید اور خملی دکھائی دیتا ہے، اور اس پر ایک یا زائد مقامات پر چھوٹے چھوٹے نیم شفاف کیسک (vesicles) پائے جاتے ہیں جو گرائی جراب (Gräafian follicles) کہلاتے ہیں۔ ان مقامات پر حاصر کیسہ یعنی پردہ امین (tunica albuginea) میں پتلا ہونے کا عمل نمایاں طور پر جاری ہوتا ہے۔ گرائی جراب (Gräafian follicle) کے پختہ ہوجانے پر اور حاصر اس کے شگفتہ ہونے اور اس کی جگہ جسم اصفر (corpus luteum) کے پیدا ہوجانے کے بعد بیض کی جسامت بڑھ جاتی ہے۔ جب جسم اصفر کی جسامت بڑھنا شروع ہوتی ہے اور یہ سطح پر برش مخروط کی شکل میں ابھر آتا ہے تو اس کے ارد گرد شعری عروق کا ایک ”برش“ (brush) پیدا ہوجاتا ہے۔

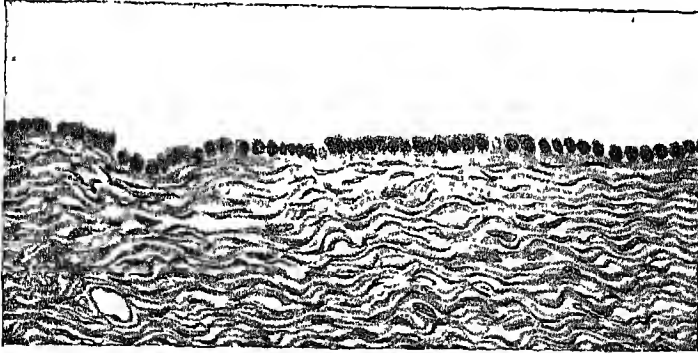
جدید جسم اصفر آلوچہ کی رنگت کا ایک تاریک ابھارا ہوتا ہے جو بیض کی سطح کے معتد بہ حصہ کو گھیرے ہوتا ہے۔ انقطاع الطمث (menopause) کے بعد جب تمام بیض خاتم ہو چکے ہیں بیضین میں ذبول واقع ہوجاتا ہے اور بڑھاپے میں یہ لوبیا کے بیجوں سے زیادہ بڑے نہیں ہوتے۔ طبعی حالت میں ہر ایک بیض ایک خفیف سے نشیب پر واقع ہوتا ہے جو جوش کے فرش کے موخر جانبی پہلو پر واقع ہوتا ہے، اور یہ عضلہ سادہ (obturator muscle) کی اندرونی سطح پر

ویڈیویر کے "بیضی حفرہ" (Fossa Ovarica of Waldeyer) میں لگن ہوتا ہے۔ یہاں یہ خارجی اور داخلی ترقضی شریانوں (iliac arteries) کے درمیان واقع ہوتا ہے، اور کچھ جلی جانب پر عصب ساد (obturator nerve) اور حالب (ureter) اس سے علافہ رکھتے ہیں۔ یہ تشنجی محل وقوع صرف عیدیم الولادت عورتوں میں پایا جاتا ہے، اور استقرار محل کے بعد بیض اکثر اس سے زیادہ نیچے کے لیول پر پایا جاتا ہے، اور بعض اوقات یہ اپنے مقام سے اس حد تک ٹل جاتا ہے کہ یہ وگٹلس کی جیب (pouch of Douglas) کے فرش پر پایا جاتا ہے۔

سیدھا کھڑے ہونے کی حالت میں بیض کی جب کہ یہ اپنے طبعی تشنجی محل وقوع پر ہو دو سطحیں ہوتی ہیں، ایک جانبی اور ایک وسطانی۔ اور دو قطب ہوتے ہیں، ایک بالائی اور ایک زیرین۔ اور دو کنارے ہوتے ہیں، ایک مقدم اور ایک مؤخر۔ جانبی سطح جلداری باریطون سے ملی ہوئی ہے جو عضلہ سادہ داخلہ (obturator internus) کو محصور کئے ہوتا ہے۔ وسطی سطح حم کی طرف منحرف ہوتی ہے۔ بالائی قطب جو بعض اوقات بیرونی قطب بھی کہلاتا ہے فلوپی ٹلی کی بیضی جھالہ (ovarian fimbria) سے متناس ہوتا ہے، مگر اس سے کچھ سہارا نہیں لیتا۔ بخلاف اس کے زیرین یا وسطانی قطب تناظر قرن الرحم سے عضلہ اور لیفی بافت کے ایک بند کے ذریعہ سے چسپیدہ ہوتا ہے جو بخوبی منویافتہ اور کسی قدر چسپا ہوتا ہے اور "حقیقی بیضی رباط" (ligamentum ovarii proprium) یا بیضی رباط (ovarian ligament) کہلاتا ہے (دیکھو شکل ۵)۔ اس رباط کی دموی رسد رحمی شریان کی تقضی شاخ سے آتی ہے جو اس کے نیچے سے گذرتی ہے، اور رحم کی جانبی سطح تک، انوبی مقام اتصال کے عین نیچے سے اور رباط متدیر کے تحت سے پہنچ جاتی ہے۔ بیض کا مقدم کنارہ سیدھا ہوتا ہے، اور رباط عریض کی مؤثر تہ سے براہ راست چسپیدہ ہوتا ہے۔ اس کی چسپیدگی کا مقام یعنی ماساریقائے بیض (mesovarium) اس عضو کے ناچھہ (hilum) کا تناظر ہوتا ہے۔ یہاں پر باریطون ختم ہو جاتا ہے اور اس کی جگہ بیض کا ذاتی سطحی غلاف شروع ہو جاتا ہے۔ یہ خطہ برزخ اکثر بہتہ آگہ سے بیض کے "سفید خط" (white line) کے طور پر شناخت کیا جاسکتا ہے۔ اس طرح بیض رباط عریض کی پشت سے، بیضی رباط (جو وسطانی جانب پر ہوتا ہے)، اور بیضی حوضی یا قوسی حوضی رباط (جو باہر کی جانب ہوتا ہے اور بالائی یا انوبی قطب سے لیکر دیوار حوض تک جلا جاتا ہے) کے درمیان بلا واسطہ لٹکا ہوتا ہے۔ مؤخر الذکر رباط عریض کے بالائی آزاد حاشیہ کو ظاہر کرتا ہے

جس میں فلوپی نی موجود نہیں ہوتی۔ بیض پر باریطونی غلاف نہیں ہوتا، اور اس کی پسیدگیاں ایسی ہوتی ہیں کہ اس میں معتد بہ حرکت پذیری موجود ہوتی ہے۔ یہ باریطونی کہفہ میں آزادانہ ابھرا ہوتا ہے، اور اس کی سطح سے جو بیضے خارج ہوتے ہیں ان کو فلوپی نی کے شکلی دہنہ میں داخل ہونے سے پہلے اس کہفہ میں سے گزرنا پڑتا ہے۔ بعض حیوانات مثلاً چوہے میں بیض ایک باریطونی جیب کے اندر ہوتا ہے، جس میں فلوپی نی براہ راست کھلتی ہے۔ یہ ایک ایسی ترتیب ہے جو صنفی خلیوں کے فلوپی نی میں آسانی سے گزر جانے کی تائید کرتی ہے۔ نوع انسان اور دوسرے پستانوں مثلاً گائے، کتا، بلی وغیرہ میں یہ ترتیب نہیں پائی جاتی۔

جب بیض کو دو برابر حصوں میں تقسیم کیا جاتا ہے تو اس کی کٹی ہوئی سطح شکل میں تقریباً بیضوی دکھائی دیتی ہے اور اس کا چسپیدہ کنارہ (ناچبہ) سیدھا معلوم ہوتا ہے۔ سہولت بیان کیلئے یہ غدہ عموماً تین رقبوں میں تقسیم کیا جاتا ہے۔ (۱) قشرہ (cortex) (ب) لب (medulla) (ج) ناخجہ (hilum)۔ قشرہ سطحی رقبہ ہی ہوتا ہے، اسکی شکل بالائی ہوتی ہے، اور یہ غدہ کامیٹلی حصہ ہوتا ہے۔ مرکزی غلاف



شکل ۲۵۔ بالغ عورت میں بیض کا بنتی سطح اور ماتحت پردہ بیض۔

کے عین نیچے شکست یعنی بانٹ کی ایک تہ موجود ہوتی ہے جو رہنہ آنکھ سے اکثر اوقات ایک خفیف زرد خط کی سی دکھائی دیتی ہے، یہ پردہ بیض (tunica albuginea) کو ظاہر کرتی ہے (شکل ۲۵)۔ قشرہ میں گرانی حباب (Graafian follicles) ہوتے ہیں، اور اس لئے فعلیاتی طور پر یہ اس غدہ کا اہم ترین حصہ، اور نکلیاتی طور سے یہ اوڦورون (oophoron) یعنی حامل بیضہ (egg-bearer) کے نام سے متبرعہ۔

لب (medulla) قشرہ کے اندر واقع ہوتا ہے اور نافچہ کے ساتھ مسلسل ہوتا ہے۔ یہ حصہ سادہ عقلہ، لیفی بافت، اعصاب، عروقِ خون، اور عروقِ لُف پر، اور لمبی کرنوں (medullary rays) اور بیضی شتکہ (rete ovarii) کے شائبوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ موخر الذکر ساختیں لمبائے نمو بہت دلچسپ ہیں (دیکھو صفحہ 75) اور بعض حیوانات میں بخوبی نمایاں ہوتی ہیں۔ نافچہ (hilum) کے ذریعہ سے بیض عریض رباط سے چسپیدہ ہوتا ہے، اور اس میں سے مذکورہ بالا ساختیں گذرتی ہیں جو لب میں پائی جاتی ہیں۔ نافچہ کی سطح پر برزخیت کا "سفید خط" موجود ہوتا ہے جس پر بارلیون بیضی مرحلہ سے تبدیل ہو جاتا ہے۔

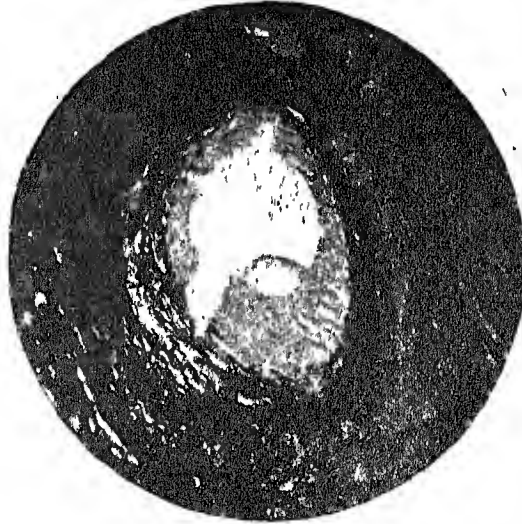
بیض اپنی خونی رسد بیضی شریان سے حاصل کرتا ہے جو عریض رباط کی آزاد بیرونی کو لی یعنی قسمی حوضی شکن (infundibulo-pelvic fold) کے ساتھ ساتھ گذرتی ہوئی بیض ہنک



شکل ۲۶۔ بیضی بیسل (انسانی) جس کی کمین بلیس کو سکی کے طریقہ سے لی گئی ہے۔
اس میں عریض رباط دیکھائے گئے ہیں۔
(وائٹ، ہوس)۔

پہنچتی ہے۔ جلد عروقِ نافچہ پر داخل ہوتے ہیں۔ عروقِ لُف عمود شوکی کے ہر دو طرف کے

قطنی سلسلہ (lumbar chain) میں جاتے ہیں (دیکھو شکل ۵۱)۔
 بیض کی عصبی ارس کسی حد تک متنازع فیہ رہی ہے، لیکن اس امر میں کچھ شبہ نہیں کہ اس
 عضو میں عصبی ریشے بہت کمشرت سے پائے جاتے ہیں جو نظام منشار کی سے نکل کر عروق خون کے
 ہمراہ نافچہ میں داخل ہوتے ہیں، اور معینہ بندلوں میں ترتیب یافتہ ہوتے ہیں۔ ایبل (Able) اور
 مکمل رائے (McIlroy) کے مطابق یہ ریشے بیض میں تین گروہوں میں تقسیم ہو جاتے ہیں۔ ایک
 گروہ عرفی ریشوں (vascular fibres) پر مشتمل ہے، اور یہ عروق کے ساتھ ساتھ ہوتا ہے

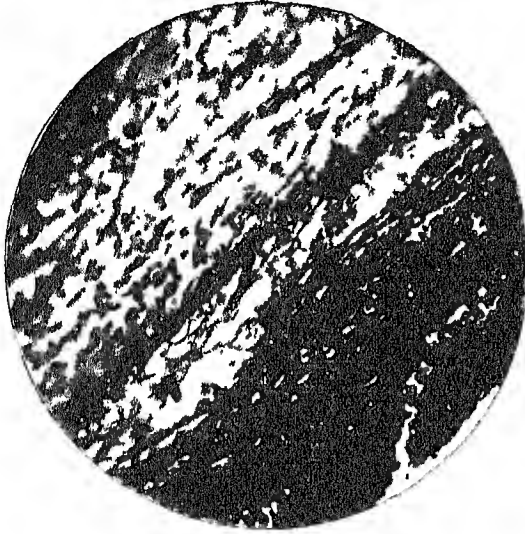


۴۰×

شکل ۲۔ انسانی بیض جس کی تخمینہ تیس کو سکی کے طریقہ سے کی گئی ہے۔
 اس میں گرانی جراب کے گرد عصبی ریشوں کا بہت سا ارتکاز دکھایا گیا ہے۔
 (وائٹ ہوس)۔

اور اس میں کثیر التعداد ریشے ہوتے ہیں جو عروق کے ارد گرد جال کی صورت میں پھیلے ہوتے ہیں۔
 دوسرے گروہ کے متعلق یہ کہا جاتا ہے کہ یہ جرابوں (follicles) تک براہ راست پہنچتا ہے، یہ جرابی
 ریشوں (follicular fibres) پر مشتمل ہے، اور جرابوں کے ارد گرد ہم مرکز طور پر مرتب ہوتا ہے،
 لیکن داخلی غلاف (theca interna) سے آگے نہیں گذرتا۔ تیسرا گروہ رخی بانسوں میں

تقسیم ہو جاتا ہے، یہ رکتی ریشوں (interstitial fibres) پر مشتمل ہے چھوٹے چھوٹے خلیوں کے گروہ جو عقدی خلیوں (ganglion cells) کے مشابہ ہوتے ہیں ان ریشوں کے قریب پائے جاتے ہیں۔ جن تریشوں کی تلوین بلیس کوسکی کے طریقہ (Bielschowski's method) سے کی جاتی ہے ان میں گرافنی جرابوں کے گرد عصبی ریشوں کا بہت سا ارتکاز بخوبی دیکھنے میں آتا ہے (دیکھو شکل ۲۶ و ۲۷)۔ یہ بتا دینا ضروری ہے کہ یہ ارتکاز حقیقی ہونے کی بجائے زیادہ تر مصنوعی بھی ہو سکتا ہے، کیونکہ پختہ



۲۵۰ x

شکل ۲۸۔ عصبی ریشے اور عقدہ شری عرق کے تعلق میں گرافنی جراب کے ”ذراتیہ“ کے خلیوں کے بہت قریب (وائٹ ہوس)۔

ہونے والے جراب کے اندر افراز کے مجتمع ہو جانے سے بافتیں مضبوط ہو جاتی ہیں۔ پختہ ہونے پر ہر ایک جراب بتدریج بمبض کی سطح کے قریب آتا جاتا ہے، اور ایسا کرنے میں یہ قدرتی طور پر بمبضی ہیکل کے بافتی عناصر پر جو زیادہ مثبت ہوتے ہیں دباؤ ڈالتا ہے۔ بمبضی اعصاب کا فعل غالباً زیادہ تر عسقلی حرکی (vasomotor) ہوتا ہے، اور یہ امر بمبض کے سو، فعل کی (جو بنیاداً ہر معکوس الاصل ہوتا ہے) بعض حالتوں کی توجیہ کرنے میں سریری نقطہ نظر سے کسی قدر اہمیت رکھتا ہے۔

نسیجیات۔ بمبض کی سطح کبھی سرطنت کی واحدۃ سے پوشیدہ ہوتی ہے، جو

نبتی سرِ حملہ (germ-epithelium) کے نام سے موسوم ہے (دیکھو شکل ۲۵)۔ ان خلیوں کا وجود ثابت کرنے کے لئے بافت کو احتیاط سے لیا کر ناپا ہے، کیونکہ یہ بہت آسانی سے تباہ ہو جاتے ہیں، لیکن ان کے شاہد تقریباً تمام حالتوں میں انقطاع الطمث کے زمانہ تک پائے جاتے ہیں۔ یہ سرِ حملہ ایک قاعدی غشا (basement membrane) پر ممکن ہوتا ہے، اور قاعدی غشا بذاتِ خود پردہ ابیض (tunica albuginea) پر ممکن ہوتی ہے، جو خدہ کے جسم کا عاصِر و محافظ ہے۔ پردہ ابیض سن بلوغ تک اچھی طرح تمیز نہیں کیا جاسکتا۔ پہلے پہل یہ باریک ہوتا ہے، اور اس میں خلیوں کی صرف تین تہیں موجود ہوتی ہیں۔ زندگی کے موخر حصہ میں یہ یعنی بافت کے دو یا تین ورقوں (laminae) کے اضافہ سے دبیز ہو جاتا ہے۔ چونکہ اس کے ریشے قشرہ کی انصالی بافت سے مسلسل ہوتے ہیں اس لئے اسے اتار کر علیحدہ نہیں کیا جاسکتا۔

39

نافخہ (hilum) میں وقتاً فوقتاً چھوٹے چھوٹے ناکمل انبیسیات (tubules) پائے جاتے ہیں جن کا استرِ قَصیرِ القامت کبھی سرِ حملہ کا ہوتا ہے۔ ان کو اکثر اوقات کالیکر کے اخیال (cords of Kolliker) یا مبیضی شبکہ (rete ovarii) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ یہ عصارِ مدّتِ مدّتِ تک ولفی جسم (Wolffian body) کے مضغی انبیسیات کے آثارِ خیاں کئے جاتے رہے، لیکن بقول گڈال (Goodall) یہ تناسلی لکیر (genital streak) کے مضغی دروں اور امہ (embryonic entoderm) کے مشتقات ہیں۔ شکل ۲۶ سے موخر الذکر نظر یہ کی توضیح ہوتی ہے۔ اور اس امر کا خیال رہے کہ اس قسم کے نظر یہ کو تسلیم کرنے سے مبیض کے نافخہ میں ولفی دیوروں (Wolffian cysts) کا مَنّا خارج از امکان ہو جاتا ہے۔ زمانہ تناسلی بولی خطہ کے نموکے بیان میں اس موضوع پر مزید بحث کی گئی ہے (دیکھو صفحہ ۷۵)۔

قشرہ (cortex) میں مبیض کے لازمی عناصر یعنی گرافی جراب (Gräafian

follicles) موجود ہوتے ہیں، جو ہیکل (stroma) میں منضم ہوتے ہیں۔ ان کے صفات

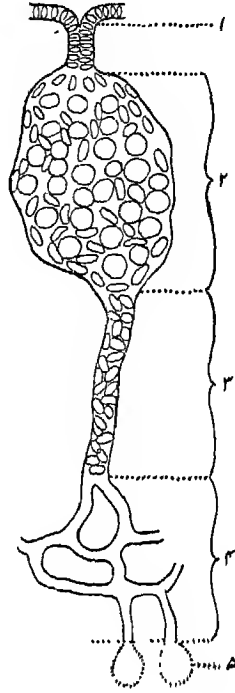
مخصوص ہوتے ہیں۔ مدّتِ حمل کے اختتام پر جنین کے مبیض میں جتنے گرافی جراب (Gräafian

follicles) ہوتے ہیں ان کی تعداد کا اندازہ مختلف اصحاب نے مختلف کیا ہے۔ سٹیونس

(Stevens) ۱۰۰۰ بتاتا ہے، اور مارشل (Marshall) ۱۰۰,۰۰۰ - سن بلوغ پر ۳۰۰,۰۰۰

تا ۵۰۰,۰۰۰ رہ جاتے ہیں، اور بانی غائب ہو جاتے ہیں۔ جرابوں کا بعدِ ولادت تکون کبھی نہ ہوتا ہے نہیں ہوتا۔ مدّتِ حمل کے اختتام پر مبیض کے ہیکل کے عسدم نموکے وجہ سے ایندائی

جراب (primordial follicles) مبض کے
بیشتر حصہ پر مشتمل ہوتے ہیں (شکل ۳۰)۔ میکیل نہایت
کثیر الخلا یا ہوتا ہے، اور اتھالی بافت کے ریشے صرف
دو حصوں یعنی مٹی سرکہ (germ-epithelium) کے نیچے اور عروق کی گذرگاہوں کے ساتھ ساتھ
پائے جاتے ہیں۔ قشرہ کا باقی ماندہ حصہ ریشک دار
ہیں ہوتا، بلکہ اس میں خلیوں کے اجتماعات پائے
جاتے ہیں جن میں سے بعض گول، بعض دوکی، اور
بعض کثیر الاضلاع ہوتے ہیں، اور اکثر کے ساتھ نازک
زائد سے بھی موجود ہوتے ہیں۔ ان کے نوآت بڑے بڑے
گول یا بیضوی ہوتے ہیں، اور ان کو اتھالی بافت کے
ترمیم یافتہ خلیہ تصور کرنا چاہئے۔ (الٹہالی اعمال اور
بعض نو بالیدوں (new growths) کی خروینی
شناخت کے لئے ان خلیوں کے مختلف صفات کا
یاد رکھنا ضروری ہے۔



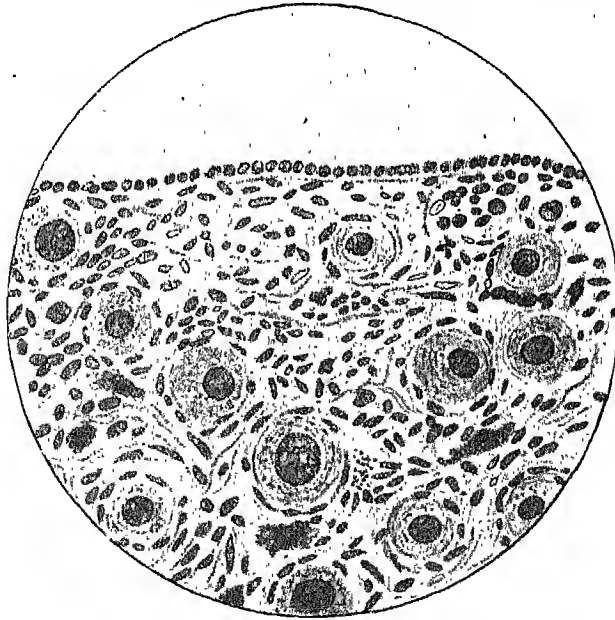
شکل ۲۹۔ یہ خاکہ مٹی سرکہ کا انوبلی زیر بالیدگی کے مرحلو
مبض کے قشرہ سے میکرا کے ناپختہ تک ظاہر کرتا ہے (دینی وارٹر)۔
(۱) مٹی سرکہ۔ (۲) مٹی نلی۔ (۳) لمبی حمل۔ (۴) مبضی شگہ۔
(۵) برمیں۔ ۱-۲-۳ = لمبی کرن۔ قشری حصہ (۱)
مذبول اور غائب ہو جاتا ہے۔ حصہ (۲) گرافی جراب بن جاتا ہے۔
(۳) کم پوش مذبول ہو جاتا ہے، اور کبھی جذب ہو جاتا ہے اور
کبھی نہیں بھی۔ نیچے کے حصہ (۴) یعنی مبضی شگہ کے بہت
انبیب منہ سوکر ایک انبیب بناتے ہیں جو مبض سے باہر نکلا
ولفی جسم کے قبلوں سے مل جاتا ہے اور دیگر مٹری قنات
بناتا ہے۔

گرافی جراب (Gräafian follicle) - پختہ گرافی جراب کی بافت سمجھنے کیلئے
خاص کر جہاں تک کہ مبض کے باقی ماندہ حصہ، اور اس
عضو کی بعض نوساختوں (neoplasms) سے
اس کو تعلق ہے، مبض کے مٹو کا علم ضروری ہے۔
لہذا مطالعہ کنندہ کو پختہ مبض کے اشکیاتی منظر کا
صحیح خیال قائم کرنے کیلئے نو (Development)
کباب (صفحہ ۱۷۵) دیکھنا چاہئے۔

گرافی جراب (Gräafian follicle) کا ذکر پہلے ہیسل ڈیلفٹ (Delft) کے

40

ڈی گراف (De Gräaf) نے کیا تھا۔ اس کے نوکات تعاقب ابتدائی جرابوں (primordial follicles) سے کیا جاسکتا ہے جو مصنوعی زندگی کے ابتدائی حصہ میں بنتی سرحد (germ epithelium) سے چھوٹے چھوٹے زائدوں کی زیرافزائش کے طور پر پیدا ہوتے ہیں جو ماتحت میاں ناہضی خلیوں (mesoblast-cells) میں چلی جاتی ہے۔ ان زائدوں پر میاں ناہضی خلیے حملہ آور ہوتے ہیں اور ان کو کاٹ کر چھوٹے چھوٹے حصوں میں تقسیم کر دیتے ہیں جو بعضی آشیانے (egg-nests) کہلاتے ہیں۔ یہ سب آئندہ چکر لوٹ جاتے ہیں اور انجام کار ساتوں کی ایک کثیر تعداد پیدا ہو جاتی ہے جن میں سے ہر ایک ساخت (۱) ایک بڑے مرکزی خلیہ پر جو ابتدائی بیضہ (oöcyte) یا بیضی خلیہ (egg-cell) کہلاتا ہے اور جس کا قطر ۴ تا ۶ میلان ہوتا ہے، (۲) چھپے سرحدی خلیوں کی واحد تہ پر جو اس کے ارد گرد ہوتی ہے اور (۳) میاں ناہضی خلیوں (mesoblast-cells) کی ایک متکثف تہ پر مشتمل ہوتی ہے جو اس کے باہر ہوتی ہے اور ایک بیڈول کیسہ کی شکل کی ہوتی ہے۔



شکل ۳۰۔ بچے کے بیض کا قشر (سٹیونس) جو کیسی سرحد اور کثیر التعداد ابتدائی جرابوں کو ظاہر کرتا ہے جن کے اندر بیضی خلیے ہیں۔

بھی ساخت ابتدائی جراب (primordial follicle) ہے۔ شکل ۳۰ و ۳۱ سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ اس درجہ پر جراب میں جو خالی آنکھ سے دکھائی نہیں دیتا کوئی سیال نہیں ہوتا، اور ہیکل (stroma) سے کیسی واضح فضا کے ذریعہ سے علیحدہ نہیں ہوتا۔ ابتدائی جراب کے بیضی نخریہ (egg protoplasm) پر کوئی خلوی غشا نہیں ہوتی۔ یہ بالکل معرا ہوتا ہے، اور صاف زمینی شے پر گنجان شبکہ کی شکل کا ظاہر ہوتا ہے۔ بہر کیف بیضی نوات پر ایک خاص غشا ہوتی ہے، اور اس میں ایک خارج المرکزہ (nucleolus) ہوتا ہے۔ گاہے گاہے ایک جراب میں دو بیضی خلیے (egg cells) ہوتے ہیں۔ جنینی بیض میں ابتدائی جرابات کے علاوہ کوئی دیگر ساخت نہیں پائی جاتی۔ ابتدائی جرابات کیسی سرطہ کے عین نیچے واقع ہوتے ہیں، اور لب (medulla) میں کبھی نہیں ہوتے۔

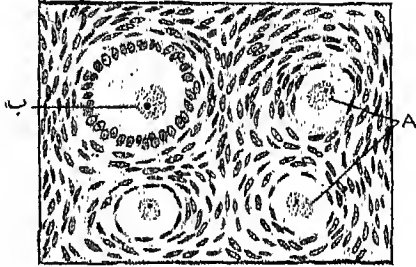
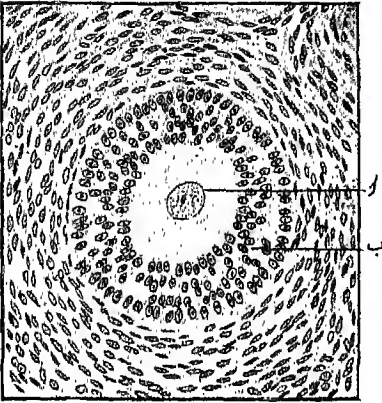
دروں رحمی زندگی کے پچیسویں ہفتہ میں ان میں ایک مصلی سیال پیدا ہونا شروع ہوتا ہے جس میں البیومن ہوتی ہے، اور ان کے گرد ایک کیسہ پیدا ہو جاتا ہے جو گرد و نواح کے ہیکل سے ان کو متبخر کر دیتا ہے۔ یہ سیال جرابی سیال (liquor folliculi) کے نام سے موسوم ہے۔

مذکورہ بالا جرابات کے مشابہ جراب سن بلوغ کے بعد بہت سی تعداد میں موجود ہوتے ہیں۔ ان میں سے اکثر غیر عامل (dormant) رہتے ہیں، یا بے اشتعال (atresic) رہتے ہیں، لیکن بعض میں بچگی کا مزید عمل جاری ہو جاتا ہے جو اشتقاق پر ختم ہوتا ہے۔ بیولین (ovulation) کے عمل کا وار و مدار اسی پر ہے۔ سچتہ جراب سن بلوغ سے پہلے بھی بعض اوقات پائے جاتے ہیں۔ اس سن سے قبل اجسام اصفر یقیناً کبھی نہیں دیکھے گئے۔ اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ محض نوجوان عورتوں ہی کے بیض میں مینوں قسم کے جراب دیکھنے میں آتے ہیں۔

قاعدہ ایک بیض میں صرف ایک ہی گرانی جراب تقریباً چار چار ہفتوں کے وقفہ پر سچتہ ہوتا ہے، اور کبھی کبھی دو جراب بھی ایک وقت سچتہ ہو جاتے ہیں، یہ یا تو دونوں ایک ہی بیض میں ہوتے ہیں اور یا ایک ایک ہر ایک بیض میں ہوتا ہے۔

پختگی کا عمل اور بیولین (Maturation and Ovulation) گرانی جراب کا منو ابتدائی جراب سے سچتہ ساخت تک پختگی کا عمل (ripening) کہلاتا ہے، اور یہ کافی دلچسپ اور پیچیدہ عمل ہے۔ اس کا پہلا مرحلہ یہ ہے کہ ابتدائی جراب (primordial follicle) کے چھپٹے خلیوں کی واحد محلی تہ ممیزہ کو کر "ذراتی تہ" (granulosa layer) میں تبدیل ہو جاتی ہے (شکل ۳۲)۔ جب تک ایسا نہیں ہوتا بیضی قشرہ کے ہیکلی خلیات اور مضغی جراب کے درمیان

ایک واضح الحدود خط فصل موجود ہوتا ہے، مگر اس کے بعد دو اور تہیں پیدا ہو جاتی ہیں جو بڑھتے ہوئے کینک کو گھیر لیتی ہیں۔ یہ خلوی تہیں ”داخلی غلاف“ (theca interna) اور ”خارجی غلاف“ (theca externa) کی اصطلاحوں سے موسوم ہیں، اور ان دونوں کی اصل قشرہ کے بیلی خلیات (stroma cells) سے ہوتی ہے (شکل ۳۳)۔ ان غلافی خلیات کی اصل مدت سے متنازع فیہ تھی



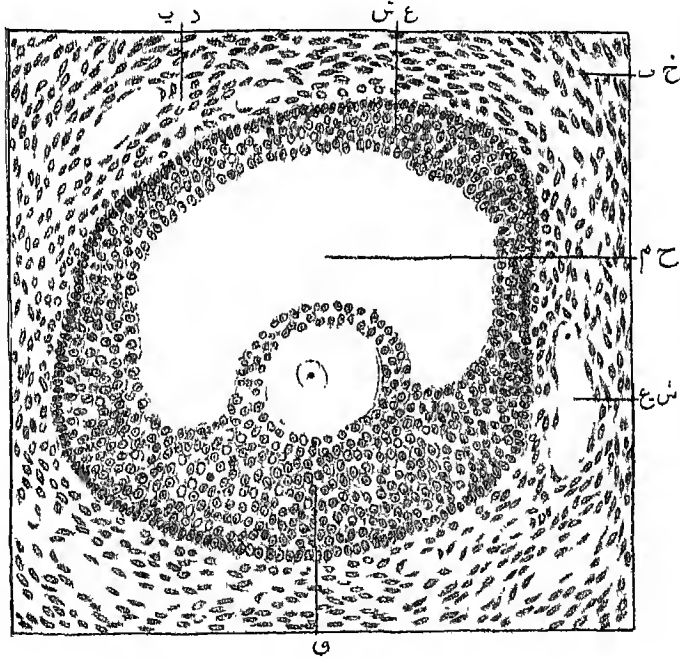
شکل ۳۳۔ نامی گرافی جراب جو بالغ عورت کے بیضین سے لیا گیا ہے۔ مرکزی خلیہ (ا) بیضی خلیہ ہے۔ یہ خلیوں کی متعدد تہوں (ب) میں محصور ہے جن سے غشائے ذرائعی بنتی ہے (وائٹ رچ ولیمس)۔

شکل ۳۴۔ زمانہ شباب میں بیضین، جو ابتدائی جراب (ا) کو اور ایسے جراب کو ظاہر کرتا ہے جو ابھی نمونہ والہ ہے (ب)۔ (وائٹ رچ ولیمس)۔

گرڈلیو شوا (W. Shaw) نے مختلف عمروں کے بچہ ہونے والے جرابوں کے ایک سلسلہ کا مطالعہ کر کے یہ ثابت کر دیا کہ ان کی اصل پیکل سے ہے۔ خلاصہ بحث سے بچنے کے لئے یہ معلوم کر لینا چاہئے کہ داخلی غلاف (theca interna) قدیم مصنفین کے ”عرقی پردہ“ (tunica vasculosa) کا قسماطر ہے، اور خارجی غلاف (theca externa) اس سے کامتشا ہے جو کبھی ”بیضی پردہ“ (tunica fibrosa) کے نام سے موسوم تھی۔ گرافی جراب (Graafian follicle) کے پختگی کے ابتدائی زمانہ میں داخلی غلاف کے بیلی خلیات کے درمیان نئے شغری عروق پیدا ہو جاتے ہیں

پرانی اصطلاح ”عرق پرده“ (tunica vasculosa) کی وجہ تسمیہ یہی ہے۔ ایکل (stroma) پختہ ہونے والے جراب کے گرد یکساں طور پر متمیز ہوتا ہے، اور اس لئے ٹوکا پیچ غالباً بیضہ ہی میں ہوتا ہے۔ جراب میں پیچگی کے عمل کی ابتدا کے نمایاں خواص یہ ہوتے ہیں کہ بیضہ یعنی ”ابتدائی بیضہ“ (oöcyte) کی جسامت بڑی ہو جاتی ہے، اور استری سرطہ ”غٹائے ذراتی“ (membrana granulosa) اور ”قرص ولودی“ (discus proligerous) میں متمیز ہو جاتا ہے (شکل ۳۳)۔ بیضہ کے ارد گرد ایک کیسہ پیدا ہو جاتا ہے جس پر باریک شعاعی تختہ پایا جاتا ہے اور جو یکساں طور پر مضبوط ہوتا ہے، ”یہ شفاف منطقہ“ (zona pellucida) کہلاتا ہے۔ یہ منطقہ بیضی

42



شکل ۳۳۔ جراب بلوغ کے قریب پہنچ رہا ہے، اور جرابی سیال کے ٹکوں کو ظاہر ہوتا ہے۔
 غ۔ ش۔ غٹائے ذراتی۔ ج۔ م۔ جرابی منعدہ۔ ق۔ قرص ولودی۔ د۔ پ۔
 داخلی پردہ۔ خ۔ پ۔ خارجی پردہ۔ ش۔ ع۔ شعری عرق (وائٹ رج لیس)۔

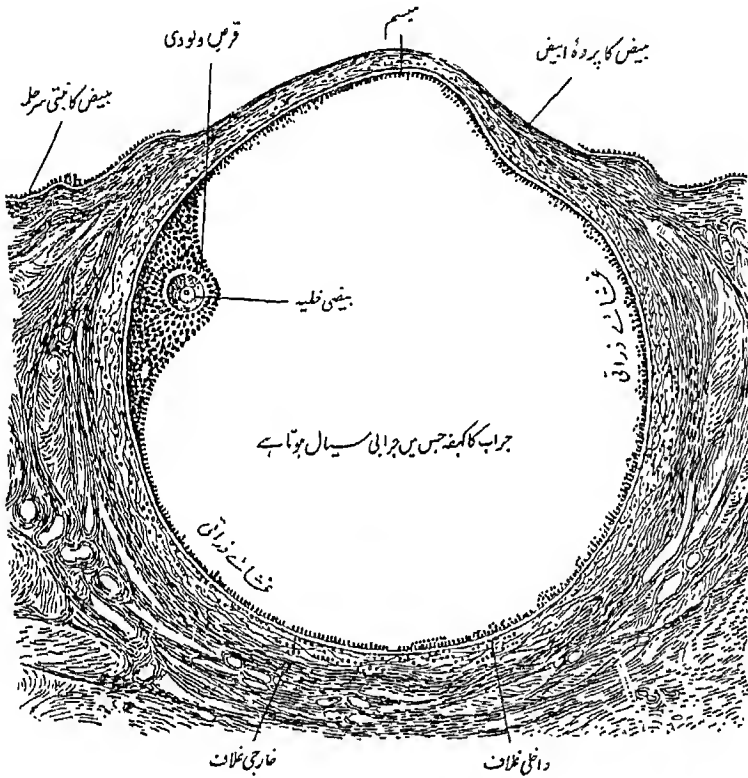
خلیہ کے مخروطیہ سے ”گرد زردینی فضا“ (perivitelline space) کے ذریعہ سے علیحدہ ہوتا ہے

جس میں بیضہ آزادی سے حرکت کرتا ہے۔ اب خلیہ مایہ (cytoplasm) کاغذ نوات کو جو پہلے مرکزی تختہ بندی کے خلیہ کی سطح کی طرف دھکیل دیتا ہے۔ کہا جاتا ہے کہ نوبہ (nucleolus) میں ایسا آسائیت موجود ہوتی ہے۔ ذراتیہ (granulosa) کے خلیات میں جو اصل جرابی مرحلہ سے مشتق ہوتے ہیں لگاتار آزادانہ شروع ہو جاتا ہے جس سے پہلے بہت سی خلوی تھوں کی ایک دیوار بن جاتی ہے اور بعد میں ایک ٹھوس تودہ بن جاتا ہے جس میں چھوٹے چھوٹے کثیر الاضلاع یا بیضہ نما خلیات ٹھنسنے ہوتے ہیں جن کے نوات گول ہوتے ہیں اور تو شیشہ پر یہ تاریک رنگت اختیار کر لیتے ہیں۔

جرابی سیال (liquor folliculi) کے جلد بننے سے ٹھوس ساخت کیسکی ساخت میں تبدیل ہو جاتی ہے۔ یہ سیال اول اول دانہ دار نہ کے اس حصہ میں ظاہر ہوتا ہے جو بیضی قشرہ کی طرف ہوتا ہے (نیگل : Nagel اور سٹراسمین : Strassmann)۔ اس فضا کے جس میں سیال جمع ہوتا ہے اور جس کا نام ”جرابی مغارہ“ (antrum folliculi) ہے، خارج المکرز انوک کی وجہ سے ذراتیہ کے خلیوں کا ایک انبار لگ جاتا ہے جن میں ابتدائی بیضہ (oocyte) بھی ہوتا ہے۔ اس رگمہ (cumulus) کا نام ”قرص ولودی“ (discus proligerus) ہے، اور اس کا قاعدہ پہلے پہل بیض کے لب (medulla) کی طرف ہوتا ہے۔ پہلے یہ خیال کیا جاتا ہے کہ جرابی سیال (liquor folliculi) ذراتیہ کے خلیات کی اماعت یا ان کے انحطاط کے عمل سے پیدا ہوتا ہے۔ لیکن اس نظریہ پر حال ہی میں آر تھمپسن (Arthur Thompson) و سٹراسمین (Strassmann) اور ڈبلیو شا (W. Shaw) نے اعتراض کیا ہے۔ ان کا یہ خیال ہے کہ یہ سیال ان خلیات کا خالص افراز ہے۔ شا (Shaw) نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ مناسب تو شیشہ (میٹوری کے تو شیشہ) سے خود ذراتیہ کے خلیات میں افراز کے خالیوں (vacuoles) کا بالعموم مظاہرہ کیا جاسکتا ہے۔ اس درجہ پر عروق دار نہیں ہوتی کیونکہ داخلی خلاص (theca interna) کے شعری عروق کا تفرع ایک قاعدی غشا (خارجی تنخیدی غشا: membrana limitans externa) سے محدود رہتا ہے جو دونوں تھوں کے درمیان مائل ہوتا ہے۔

عمل جیض کے دوران میں ذراتیہ میں مشبک نیم شفاف مادہ کے چھوٹے چھوٹے گول گلوبچے پیدا ہو جاتے ہیں۔ ان میں سے ہر ایک ذراتیہ کے خلیات کی ایک باقاعدہ تہ سے مخصوص ہوتا ہے جس میں خلیات شعاعی طور پر مرتب ہوتے ہیں۔ ان چھوٹی چھوٹی ساختوں کی اہمیت

اور ان کا فعل ابھی تک معلوم نہیں ہوا۔ یہ دو کال اور ایکسنر کے اجسام (bodies of Call and Exner) کے نام سے موسوم ہیں (دیکھو شکل ۳۵ ا)۔
جراب میں الشقاق واقع ہونے سے پہلے یہ ضروری ہے کہ یہ بیض کی سطح کے قریب آجائے۔



شکل ۳۵ - پختہ گرانی جراب (پختگی کے متاخر درجہ میں) بیض کی سطح پر بزرگ رہا ہے (بم)۔
مترس ولودہی تسم کے قریب آ رہا ہے۔

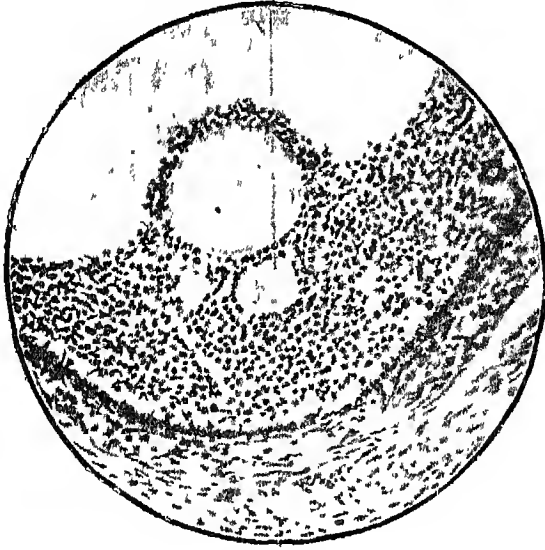
جس میکانیہ سے ایسا ہوتا ہے اس کا ذکر سٹراسمن (Strassmann) نے کیا ہے، اور اس کی تصدیق ویلیوشا (W. Shaw) نے کی ہے، اس کا پہلا مرحلہ یہ ہے کہ قرص ولودی (discus proligerus) کا کرکھ (cumulus) اس طرح گھوم جاتا ہے کہ اس کا قاعدہ بیض کی سطح کی طرف آ جاتا ہے۔ یہ عمل داخلی غلاف (theca interna) کی تہ کے اُن غلیبوں کے نکاتر کے دوش بدوش واقع ہوتا ہے جو

جراب کی جانب پر سطح سے قریب ترین واقع ہوتے ہیں۔ اس طرح داخلی غلاف کے خلیوں کا ایک فائدہ ہیکل (stroma) میں گھس جاتا ہے اور سطح کی طرف ایک کم مزاحم رقبہ پیدا کر دیتا ہے۔ لہذا ہیکل پر غلافی خلیوں (thecal cells) کا حملہ اور ذراتیہ کے سرحد کے افزائشی وجہ سے جراب کا بڑھنا ہوا تندر ایسے امور ہیں جو تبولیض سے عین پہلے ظہور پذیر ہوتے ہیں اور اس میں سہولت پیدا کرتے ہیں۔ انشقاق سے عین پہلے جراب کی داخلی غلافی تہ (theca interna layer) اور بیض کی سطح کے درمیان ہیکل خلیات (stroma cells) حائل نہیں ہوتے۔ ہونے والے انشقاق کا حقیقی محل جراب کی سطح پر اکثر ایک چھوٹے سے نشیب کی شکل میں دکھائی دیتا ہے۔ اس مقام کو میسم (stigma) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے، اور یہ پلازما کی ایک ترویج یافتہ ڈاٹ سے دھکا ہوتا ہے جس میں خلیات ابیض (leucocytes) اور چنباؤیوسین پسند (eosinophile) خلیے موجود ہوتے ہیں (شکل ۳۳)۔ داخلی غلافی تہ میں اب شعری عروق کی رسد بہت کافی مقدار میں پائی جاتی ہے، مگر ذراتیہ بالکل عظیم العروق ہوتی ہے۔

انشقاق کے وقت خالی جراب میں طبعی طور پر کوئی نرَف واقع نہیں ہوتا، اور اس کے فوراً بعد یہ پلازما کی ڈاٹ اور ذراتیہ کے برون کویدہ جاشیوں کے افزاب کی وجہ سے بند ہو جاتا ہے۔ میسم (stigma) یا تو ذراتیہ کے خلیوں کی بیش پرورش سے جو میسم (corpus luteum) کے نمونے واقع ہوتی ہے، یا بیضی قشرہ کی اتصالی بافت کے خلیوں کے نوے سے مستقل طور پر مختوم ہو جاتا ہے۔ اگر تبولیض سے قبل داخلی غلاف (theca interna) میں زخمی نرَف واقع ہو جائے تو میسم (stigma) اندر کی طرف رہتا ہے اور متغضی فایبرین (fibrin) کی ڈاٹ سے بند رہتا ہے۔ غیر طبعی تبولیض کی تفصیلات کا مزید ذکر غلافی (Thecal) اور غلافی لیوٹینی دو بیروں (Theca-lutein cysts) اور دومی سلعات (Hæmatomata) کے تحت کیا گیا ہے (دیکھو صفحہ 672,662)۔

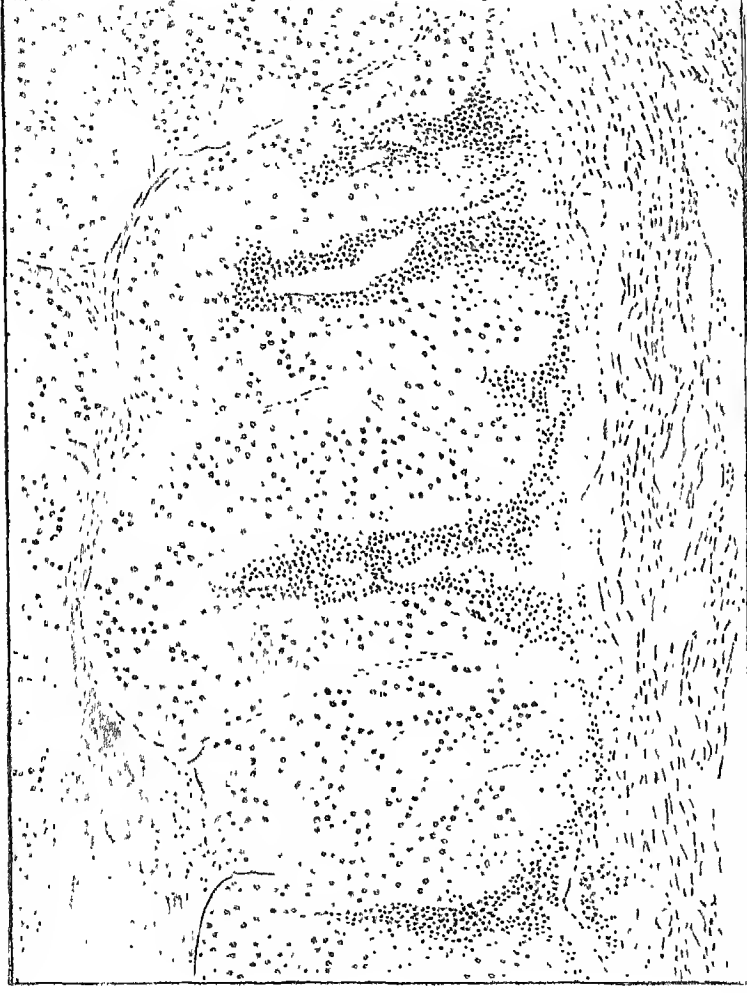
یہاں یہ معلوم ہو جانا چاہیے کہ پیرانہ بیضوں کی سطح کی بے قاعدگی اور ان کے معروف و مشہور نشیب اور میزابات قشرہ کے تبولیضی تبدلات کا نتیجہ نہیں ہوتے۔ مینٹرلپ (medulla) کے عروق کے سکڑنے اور ان کے ذلول سے، اور اس عضو کی نظام حیات میں تخفیف واقع ہونے سے درآئیکہ پردہ ابیض (tunica albuginea) استوار رہتا ہے، پیدا ہوتا ہے۔ پیرانہ سالی میں بیض عمر کے دوسرے حصوں کی نسبت چھوٹا ہوتا ہے، اور اس کی لپٹکی سخت ہوتی ہے، اور یہ

سفید اور شکن دار ہوتا ہے کیسی سرخ (capsular epithelium) کا منظرہ بعض اوقات



شکل ۳۵ ۱۔ جوان گرانی جراب کی تراش جو قرص ولووی اور بیضہ کو ظاہر کرتی ہے۔
اس عکسی تصویر کی دائیں جانب پر کال اور ایکسٹرن کے اجسام کی ایک قطار دکھائی دیتی
ہے۔ ذراتی اور داخلی خلائی تہوں کے درمیان ایک واضح الحدود خط فصل دکھائی دیتا ہے
(ڈبکوشنا)۔

45 بڑھی ہوئی عورتوں میں بھی کیا جاسکتا ہے۔ ان میں خلیے کمبی ہونے کی بجائے چپٹے ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۳۵)۔
جسم اصفر (corpus luteum) - پختہ جراب کو انشقاق کے وقت سے نوخیز
جسم اصفر (early corpus luteum) کے نام سے موسوم کیا جاسکتا ہے۔ اس وقت جراب کا
استر ذراتیہ کے خلیوں (granulosa cells) سے بنا ہوتا ہے جس کے باہر کی طرف (۱) شعری عروق
کا ایک جالی اور (۲) دائرہ دار سرطہ نما خلیوں یعنی خلائی لیوینی خلیوں (theca-lutein cells)
کا ایک منقطعہ ہوتے ہیں۔ یہ خلیے داخلی علف (theca interna) سے پیدا ہوتے ہیں۔ خلیوں کے
آئندہ درجہ میں ذراتیہ کے خلیوں (granulosa cells) بڑے بڑے کثیر السطوح خلیوں (حقیقی
لیوینی خلیوں: true-lutein cells) میں تبدیل ہو جاتے ہیں (دیکھو شکل ۳۵ ب) اور



اس تصویر (Corpus Luteum) میں (۱) بڑے بڑے ذرات یعنی لوتین خلیات (Granulosa Lutein Cells) کے کافی تعداد اور (۲) چھوٹے چھوٹے غلافی لوتین خلیات (Theca Lutein Cells) (زادینوتی خلیات) (Para-lutein Cells) دکھائی دیتے ہیں۔ موزائک کر تھیلہ لاکر کے شکلوں کو گھیرے ہوئے ہیں اور ان کے درمیان پھوس یا فوسل کی شکل میں بھی موجود ہیں۔ غلافی لوتین خلیات داخلی غلاف یا عرفی پرزہ سے پیدا ہوتے ہیں۔ (ڈیپیکسٹ)۔

1
2
3
4

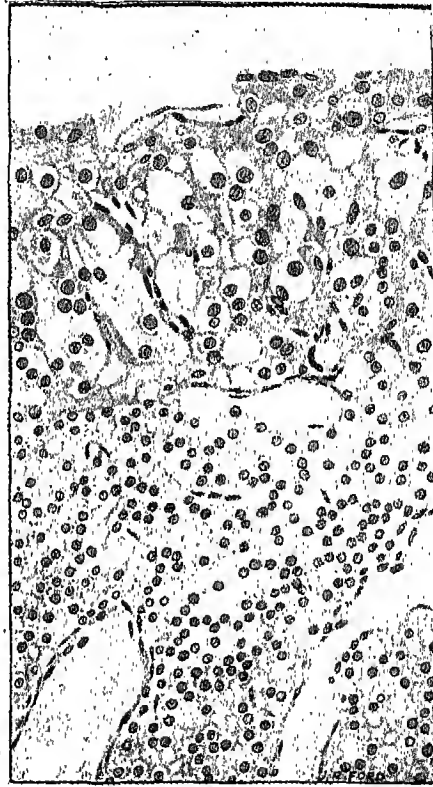
1
2
3
4

.

پستہ جراب کا تقریباً تمام جسم اپنی سے بنا ہوتا ہے۔ بالفاظ دیگر لیوٹینی خلیہ (lutein cell) تشہیدی نقطہ نظر سے ذراتیہ کے خلیہ کا متناظر ہوتا ہے۔ یہ صرف نوک کا ایک آئندہ درجہ ہے جیسا کہ ریزینی خلیہ

لیوٹینی خلیات

داخلی غلاف کے خلیات



شکل ۳۵ ب۔ نوعمر جسم اصغر (ڈیوٹنٹا کے مطابق) جس میں بڑے بڑے کثیر السطح حقیقی لیوٹینی خلیات ذراتیہ کے خلیات سے پیدا ہوتے دکھائی دیتے ہیں۔ ان بڑے بڑے خلیوں کا رنگ ان میں ایک شحمی یا لپائیڈ زرد لکون کے جو "لیوٹین" کہلاتا ہے مطروح ہو جانے سے زرد ہو جاتا ہے۔ داخلی غلاف کے خلیات (ب) زیادہ چھوٹے ہیں اور ذراتیہ کے خلیوں کے واضح طور پر مرئی ہیں۔

(decidual cells) ایک تخصیص یافتہ دروں جی ہیکلی (endometrial stroma cell)

ہے۔

غشائی لیوٹینی یا نزد لیوٹینی خلیوں (theca-lutein or para-lutein cells) سے جن کا ذکر پہلے پہل فان ڈر سٹریٹ (Van der Stricht) نے کیا تھا، لیوٹینی خلیوں کے محیط پر ایک باریک تہ بن جاتی ہے۔ یہ خلیے موخر الذکر سے جسامت میں چھوٹے ہوتے ہیں اور ان کے لیوٹینی خواص مختلف ہوتے ہیں (ٹوارٹس نیوٹرل ریڈ، لائٹ گرین میٹھڈ (Twort's neutral red light green method: یہ داخلی خلافت (theca interna) سے مشتق ہوتے ہیں، اور ان کے نکاش کے دوران میں ان کے کچھ اور مہاز بن جاتے ہیں جو حباب کے درد نہ میں تو اصل کی شکل میں ابھر آتے ہیں، جو لیوٹینی خلیوں کے ستونوں کے درمیان جو خود بھی اس وقت نکاش ہوتے ہیں

46



شکل ۳۶ - متعنی جسم اصغر (دلف پڈشا کے مطابق) جو ذراتی (حقیقی) لیوٹینی خلیات کے ایک وسیع منظمہ کو ظاہر کرتا۔

حائل ہوتے ہیں۔ بڑے بڑے ذراتی لیوٹینی خلیات (granulosa-lutein cells) کا تعلق نزد لیوٹینی خلیہ (para-lutein cells) یا غشائی خلیوں (theca cells) سے ہے وہ صفحہ ۲ میں

دیکھا جاسکتا ہے۔ اس طرح دونوں قسموں کے لیوٹینی خلیے تلافیف میں پائے جاتے ہیں، لیکن چھوٹے نزد لیوٹینی یا غلافی لیوٹینی خلیوں (para-or theca leutein cells) کی تعداد بہت کم ہوتی ہے اور تقریباً تمام کہفہ ”حقیقی“ لیوٹینی خلیوں سے پر ہوتا ہے جو ذراتیہ (granulosa) سے مشتق ہوتے ہیں۔

ولفرڈ شا (Wilfred Shaw) نے حال ہی کے انشقاق یافتہ جراب سے جسم اصفر کے نمونہ کا مفصل بیان نقل کیا ہے۔ شا (Shaw) کا اوّل نمونہ انشقاق کے ایک یا دو دن کے اندر اندر (گذشتہ ماہواری ایام کی ابتدا کے چودھویں اور سترہویں دن کے درمیان) حاصل کیا گیا تھا۔ اس نمونہ میں ذراتیتی لیوٹینی خلیوں (granulosa-lutein cells) یعنی حقیقی لیوٹینی خلیوں میں ابھی کثافت جاری تھا (شکل ۳۵ ب) جس سے یہ ظاہر ہوتا تھا کہ بعضی خلیہ ابھی ابھی نابج ہوئے ہیں۔ گذشتہ ماہواری ایام کی ابتدا کے انیسویں دن حقیقی لیوٹینی خلیوں کا کثافت درجہ اعظم تک پہنچ جاتا ہے (شا : Shaw) اور ان سے ایک خاکستری جسم طیار ہوتا ہے جس میں (۱) ایک چھوٹا سا کہفہ ہوتا ہے جس کا استر (۲) ایک تلافیف دار منطقہ (convoluted zone) کا ہوتا ہے جو بڑے بڑے صاف کثیر السطوح خلیوں سے مرکب ہوتا ہے، اور یہ خلیے عروق شعریہ کے ایک جال اور (۳) غلافی لیوٹینی خلیوں (theca-lutein cells) کے (جو کیسہ کے داخلی عرقی طبقہ سے حاصل ہوتے ہیں) ایک منطقہ سے محصور ہوتے ہیں (دیکھو صفحہ ۲)۔

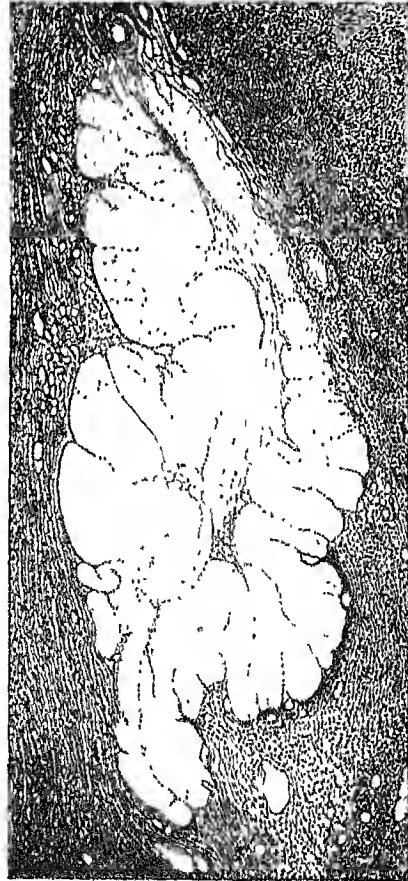
تقریباً تمام جسم اصفر حقیقی لیوٹینی خلیوں کے تلافیف سے مرکب ہوتا ہے، اور غلافی خلیوں (theca cells) سے صرف ایک باریک جھیلی منطقہ ہی بنتا ہے جو اندر کی طرف ابھر جاتا ہے، اور تلافیف کے نیچے میں مدد دیتا ہے۔ ابتدائی مدارج میں جسم اصفر لازمی طور پر ایک دوبری ساخت ہوتا ہے جس میں ان سطحی خلیوں کا نیم شفاف افراز موجود ہوتا ہے جو اس لیے قاعدہ کہفہ کا استر ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۳)، طبعی حالت میں اس کہفہ میں خون کی درریش نہیں ہوتی۔ تاوقتیکہ رجعت واقع نہیں ہو جاتی یہ اس میں موجود نہیں ہوتا اور جب یہ واقع ہو جاتی ہے تو یہ کہفہ میں بالعموم پایا جاتا ہے۔

پختہ جسم اصفر دور حیض کے انیسویں دن سے لیکر اکیسویں دن تک (اگر گذشتہ ماہواری ایام کے پہلے دن سے شمار کیا جائے) برقرار رہتا ہے۔ اٹھائیسویں دن یعنی آئندہ ماہواری ایام کے پہلے دن اس میں انحطاط شروع ہو جاتا ہے۔

جسم اصفر کا انحطاط (Degeneration of the Corpus Luteum)۔ اس

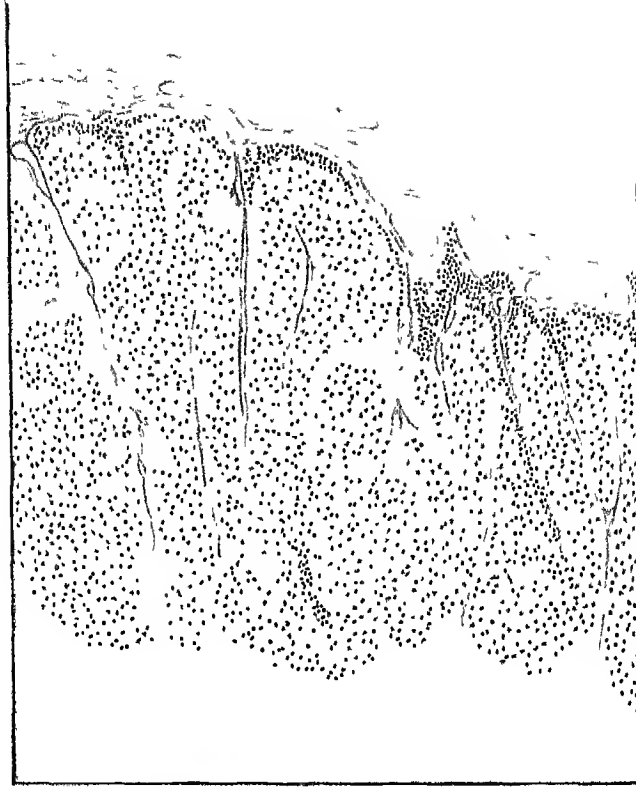
جسم میں بیضی خلیہ کے بار آور نہ ہونے کی وجہ سے انحطاط واقع ہوتا ہے۔ اگر بیضی خلیہ بار آور ہو جائے تو ایسا نہیں ہوتا۔ انحطاط کا عمل سندرجہ ذیل ہے:۔ پہلے نزولیوٹینی (para-lutein) خلیوں میں اور پھر حقیقی لیوٹینی خلیوں میں شحمی انحطاط (fatty degeneration) ظاہر ہوتا ہے۔ اور ساتھ ہی تلافیف کی تہوں کے درمیان زجاجی شے (hyaline substance) مطروح ہو جاتی ہے جسم اصفر کے انحطاط کی ابتدا کے دو خواص جو رہنہ آنکھ سے دکھائی دیتے ہیں لیوٹینی خلیوں میں لیپائیڈ لون (lipoid pigment) کے فراہم ہونے کی زیادتی پر محمول ہیں، کیونکہ اسی سے تلافیف کی میسر زرد رنگت پیدا ہوتی ہے (دیکھو صفحہ ۳ اور شکل ۳۸)۔ بعد ازاں

زجاجی مادہ فراہم ہو جاتا ہے۔ اور زرد و شیلیہ مضبوط ہو جاتے ہیں، اور ان میں ذبول پیدا ہو جاتا ہے۔ ان کی جگہ انجام کار سفید غیر شفاف بیالین کے پیچیدہ بند لے لیتے ہیں جو ایک مرکزی کہفہ کے ارد گرد مرتب ہوتے ہیں۔ اس طرح جسم اصفر ایک زجاجی جسم میں جس کا خاکہ پیچیدہ ہوتا ہے متغی ہو کر ختم ہو جاتا ہے۔ یہ جسم ”جسم ابیض“ (corpus albicans) کہلاتا ہے۔ ڈیوشا (W. Shaw) نے تخمینہ لگایا ہے کہ جسم اصفر کے جسم ابیض میں متغی ہونے کے لئے سات تا دس ماہ کا عرصہ درکار ہوتا ہے۔ ان اجسام کی موجودگی سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ بیضین میں تبویض (ovulation) بالعموم متبادل ہوتی ہے۔



اب تک اس امر کا علم ہو چکا ہوگا کہ انشقاق اور بیضی خلیہ (egg-cell) کا اخراج مکمل شحمی کے لئے یا دوسرے الفاظ میں

شکل ۳۷۔ جسم ابیض۔ زرد انحطاط یافتہ لیوٹینی خلیات کی جگہ سفید غیر شفاف زجاجی مادہ پیدا ہو گیا ہے۔

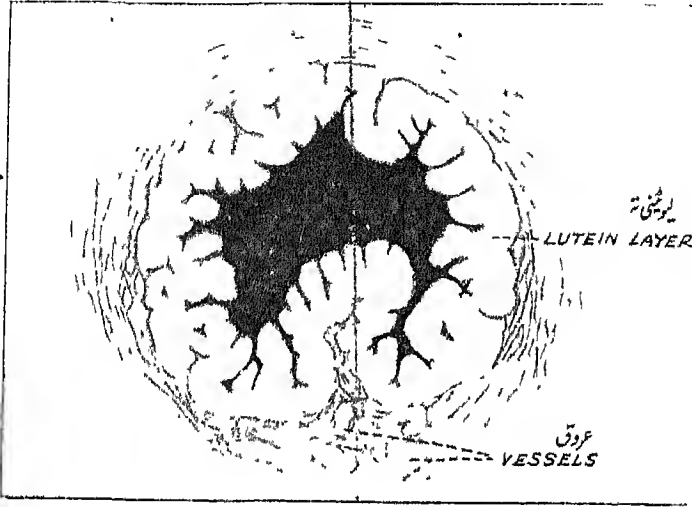


انحطاط پذیر جسم اصفر (Degenerating Corpus Luteum) (ڈیجینیٹسٹ)
 جس میں صادق لیوٹینی غلیوں کا مثالی زرد رنگ دکھائی دیتا ہے۔ یہ زرد رنگ اول اول
 جسم اصفر کی پختگی کے درجہ میں نمودار ہوتا ہے، مگر اس کے انحطاط کے دوران میں یہ نہایت
 نمایاں ہوتا ہے۔

ذراتیہ کے خلیوں (granulosa cells) کے حقیقی لیوٹینی خلیوں (lutein cells) میں تبدیل ہونے کے لئے لازمی ہے۔ بے انتقاب (atresic) جرابوں میں جو کبھی نشق نہیں ہوتے غلافی لیوٹینی خلیے (theca-lutein cells) بن جاتے ہیں۔ لیکن ذراتیہ (granulosa) بجائے اس کے کہ اس سے ”حقیقی“ لیوٹینی خلیے طیار ہوں مگر بے مکرے ہو کر بیضی خلیہ کے ساتھ ہی غائب ہو جاتا ہے، اور ایک چھوٹا سا دیرہ باقی رہ جاتا ہے جس کی دیواروں کے اندر کی طرف زجاجی مادہ کے ایک درقہ، اور غلافی لیوٹینی خلیوں کے ایک منصفہ کا استر ہوتا ہے۔ یہ ساخت جو اس طرح طیار ہوتی ہے اور بالغ بیضوں میں بالعموم موجود ہوتی ہے ”بے انتقاب جسم“ (corpus atreticum) کہلاتی ہے۔ کچھ عرصہ کے بعد زجاجی بند پتلے ہو جاتے ہیں اور کبیک میں مہبوط واقع ہو جاتا ہے اور کھرفہ منطس ہو جاتا ہے۔ اس خطا پذیر بے انتقاب جراب کی اس اہمیت کا نام ایسکاف (Aschoff) نے ”جسم سفید“ (corpus candicans) رکھا ہے۔ اس قسم کی بے انتقاب ساختیں جو بہت چھوٹے چھوٹے جرابوں سے یا ابتدائی بیضوں (primordial ova) سے بھی پیدا ہوتی ہیں، اور بیضوں کے بیضوں میں سن بلوغ سے پہلے موجود ہوتی ہیں، ”جسمی الشکل جسم“ (corpora restiformia) کی اصطلاح سے تعبیر کی جاتی ہیں۔ یہ جسم اسی طرح پیدا ہوتے ہیں جس طرح بالغ عورت میں بے انتقاب جسم (corpus atreticum) اور جسم سفید (corpus candicans) پیدا ہوتے ہیں۔ امراضیاتی صورت حالات کے تحت، اور خاص کر ان بیضوں میں جو حوضی النہائی ضررات اور رحمی لیفی عضلی سلعات (uterine fibromyomata) کے مریضوں سے علیحدہ کئے جاتے ہیں، جراب مہبوط نہیں ہوتا۔ یہ ایک زجاجی بافت سے بھر جاتا ہے جو ایک ورقہ سے حاصل ہوتی ہے جو طبعی طور پر داخلی غلاف (theca interna) اور اس خطا یافتہ ذراتیہ کے درمیان پیدا ہو جاتا ہے، اور ”شیشہ نماغشا“ (glass membrane) کہلاتا ہے۔ اس طرح جو سخت جسم بن جاتا ہے اس کا نام سٹیز (Seitz) نے ”لیفی جسم“ (corpus fibrosum) رکھا ہے، اس کا وجود تندرست بیض کا خاصہ نہیں۔

بیض کے رخی خلیے (The Interstitial Cells of the Ovary)۔
 ادنیٰ پستانوں میں بیض کے رخی (ہیکلی) خلیے انسانی بیض کے اپنی خلیوں کی نسبت زیادہ غلیظ اور کثیر التعداد ہوتے ہیں، اور ان کی فعلیاتی اہمیت غالباً معتد بہ ہے (دیکھو بیض کی فعلیات صفحہ 96, 92)۔ ان خلیوں کی اصل مدت سے متنازع فیہ رہی ہے۔ ڈیلیوشا (W. Shaw)

نے انسانی بیض میں ان کا کسی قدر تفصیل سے مطالعہ کیا ہے، اور یہ نتیجہ نکالا ہے کہ یہ ہمیشہ داخلی خلافت (theca interna) کے خلیوں سے مشتق ہوتے ہیں جو خواہ بے انشقاب ہو یا دوسری قسم کا۔ یہ خلیات انسانی بیضوں میں درون رحمی زندگی کے متاخر حصہ سے لیکر انقطاع الطمث تک موجود ہوتے ہیں اور دوران حمل میں ان کی بیدار کشش ان جرابوں سے جو پختہ نہیں ہوتے غالباً جاری رہتی ہے۔ یہ خیال

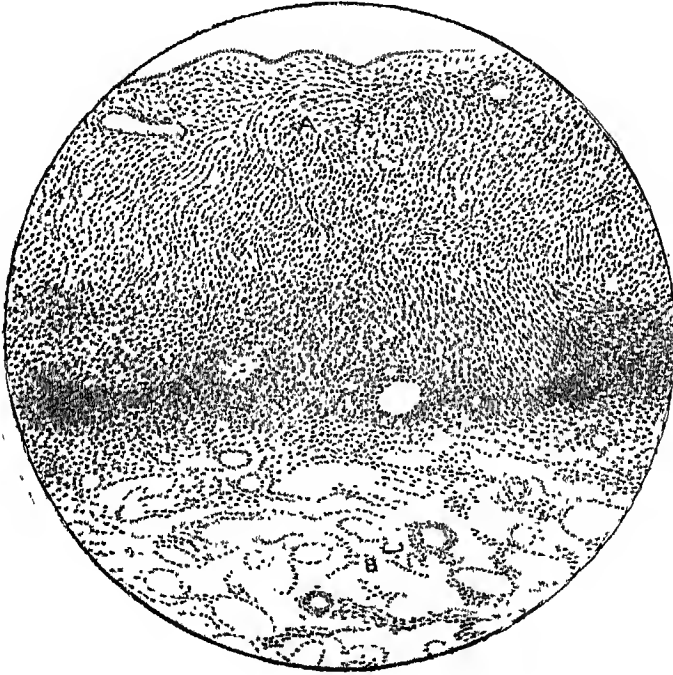


شکل ۳۸۔ جبھی جسم اصغر جس میں خون کا ایک چھوٹا سا ٹھکانا موجود ہے۔

پیش کیا گیا ہے کہ نزدیکیونی (para-lutein) (داخلی خلافتی) خلیات سے، جو ہیکل میں مرکز گریز طریقہ پر منتشر ہوتے ہیں، اور لمباہٹ شکلیات اسی سے تعلق رکھتے ہیں، غالباً ایک ہارمون (hormone) پیدا ہوتا ہے جو عورت کے عمومی احساس صحت پر اثر انداز ہوتا ہے۔ بخلاف اس کے اس امر میں بھی کوئی شبہ معلوم نہیں ہوتا کہ افعال حیض و تولید کو کلاں حقیقی لیونیٹنی خلیے منضبط رکھتے ہیں، جو ذراتیہ خلیوں (granulosa cells) سے مشتق ہوتے ہیں، اور جن پر حجم صفر کا بہت سا حصہ مشتمل ہوتا ہے۔

زندگی کے مختلف حصوں میں بیض کی حالت۔ یہ پہلے بھی ظاہر کیا جا چکا ہے کہ زندگی کے مختلف حصوں میں بیض کی ساخت مختلف ہوتی ہے۔ چنانچہ زمانہ طفولیت میں یہ چھوٹے اور سوس ہوتا ہے، اور خرد بیتہ اتحال کرتے پر اس میں کثیر التعداد ابتدائی بول (primordial follicles)

دکھائی دیتے ہیں جن میں سے بعض مکمل طور پر اور چند ناقص طور پر سچتہ ہوتے ہیں۔ جیسا کہ سٹیونس (Stevens) نے ثابت کیا ہے ان جرابوں میں سے کئی ایک منفرد نہیں ہوتے۔ نہ مانہ پلوغ میں مین کی جسامت بڑی اور اس کی رنگت گلابی یا موئی کی سی سفید ہوتی ہے۔ اس میں اکثر اوقات کئی ایک چھوٹے چھوٹے دیرے بھی موجود ہوتے ہیں جو سطح پر ابھرے ہوتے ہیں۔ خردبین سے اس میں نئے



شکل ۳۴۔ ۵۶ سال کی عورت کا مین۔ ا۔ قشرہ۔ ب۔ لب۔ گرافی
جراب بالکل غائب ہو گئے ہیں۔ قشرہ میں یعنی بافت کی بہت بڑی مقدار موجود ہے۔
کیسی سرطانی مین ہونے کی بجائے چٹا ہو گیا ہے۔

یا پرانے اجسامِ امفر کے علاوہ کثیر التعداد مکمل جراب نظر آتے ہیں جو بچگی کے مختلف درجہ میں ہوتے ہیں۔
نیز پینیکل بہت زیادہ غلیظ ہوتا ہے۔ سن کے پیدہ عورتوں میں مین ۵۰ سر سے جھٹھل نہنگی کی نسبت
چھوٹا ہوتا ہے اور اس کی لیشی سخت ہوتی ہے اور یہ سفید اور شکن دار ہوتا ہے۔ خردبین سے

امتحان کرنے پر اس میں جراب نظر نہیں آتے، بلکہ زجاجی رقبے (hyaline areas) دکھائی دیتے ہیں جو اجسام مہبل (corpora albicantia) کے قائم مقام ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۲۷) اور ساتھ ہی بے اشتقاق جرابوں (atresic follicles) کے باقی ماندہ حصے مثلاً جسم سفید (corpus candidans) اور ليفی جسم (corpus fibrosum) بھی دیکھنے میں آتے ہیں۔ سیکل زیادہ تر لہر دار ليفی بافت پر مشتمل ہوتا ہے جو بخوبی مزیانہ ہوتی ہے اور شریانوں کی دیواروں میں یا تو دباؤ پائی جاتی ہے اور یا شریانوں کی درونہ کے التهاب (endarteritis) کی وجہ سے یہ مکمل طور پر منطس پائی جاتی ہیں۔ کیسی سمرلہ (capsular epithelium) کا وجود بعض اوقات سن سیدہ عورتوں میں بھی ثابت کیا جاسکتا ہے، ان میں خلیے مکی ہونے کی بجائے تقریباً جیسے ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۳۹)۔

مہبل

50

(THE VAGINA)

مہبل سے تناسلی قنال کا زیر ترین قطعہ بنتا ہے، اور یہ عنق کے مہبل حصہ سے لیکر فرج تک پہنچتی ہے۔ اس کا تقریباً تمام مخرجش حوض میں واقع ہوتا ہے، اس لیے یہ کہہ کر حوض کے باہر ہوتی ہے، طبعی طور پر اس کی مقدم اور مخرد دیواریں ایک دوسری سے متماس ہوتی ہیں، اور اس لئے اس کا درونہ ایک منفرض یا کسی قدر ایچ (H) کی شکل کی جھری کا ہوتا ہے جو وسط کی نسبت اطراف پر زیادہ فراخ ہوتی ہے۔ حالت ندر میں یہ تقریباً اسطوانہ نما ہو جاتی ہے مہبل کا عمومی رخ اوپر سے نیچے کی اور آگے کی طرف کو ہوتا ہے، اور سامنے کی طرف ایک خفیف سا انحناء ہوتا ہے، جس کی وجہ سے پچھلی دیوار اگلی دیوار کی نسبت کسی قدر لمبی ہوتی ہے۔ یہ بالترتیب ۳ اینچ اور ۳ اینچ ہوتی ہیں۔ اس کے ارد گرد عنقی اتصالی بافت کا ایک خلاف موجود ہوتا ہے جس میں سادہ عضلہ کے کچھ ریشے ہوتے ہیں۔ یہ خلاف عظیم اللواؤ عورت میں صاحب ولادت عورت کی نسبت زیادہ دبیز ہوتا ہے۔ مہبل کی بالائی انتہا کو جو عنقی مہبل اتصال کی وجہ سے مسدود ہوتی ہے اکثر اوقات "مسقف" (roof) کہا جاتا ہے۔ چونکہ عنق مہبل کی مقدم دیوار کی بالائی انتہا میں سے قنال مہبل کے مرکز تک تطلیل کراتی ہے اس لئے یہ اس کو کسی خنک ٹکس کر دیتی ہے۔ عنق کے گرد اگر د مہبلی دیوار محراب دار یعنی مقعر ہوتی ہے، اور اس کے چار حصے نیز کہے جاسکتے ہیں جن کو فرد افراد اٹھلا چھلا دیا اور بالیاں مہبل متوہ (vaginal fornix)

کہا جاتا ہے۔ ان میں سے کچھ قبوہ سب سے زیادہ گہرا اور سب سے زیادہ کشادہ ہوتا ہے۔ اگلا سب سے زیادہ اتھلا ہوتا ہے، اور جانبی قبوؤں کی گہرائی متوسط ہوتی ہے۔ کچھ قبوہ کے عین پیچھے اور اوپر دگل کی جیب (pouch of Douglas) اور اگلے قبوہ کے عین اوپر مثانہ واقع ہوتا ہے (دیکھو شکل ۲۱)۔ جانبی قبوے غلیظ بافت کے ان تودوں سے متماثل ہوتے ہیں جن سے عریض رباط کے قاعدے پر ہوتے ہیں۔

ہیمل کی زیرین انتہا و ہنہ (ostium) یا مَوَلُجِ ہیمل (introitus vaginae) پر فرج (vulva) کے ساتھ مسلسل ہوتی ہے اور اس تناسلی تئال کو جو رحم کے قلم خارجی سے لیکر مَوَلُجِ ہیمل تک چلی جاتی ہے عموماً ”زیرین تناسلی خطہ“ کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ باکوہین و ہنہ ہیمل (ostium vaginae) پر وہ بکارت (hymen) ہے جو فرجی ہیمل مقام اتصال کو ظاہر کرتا ہے جزوی طور پر مسدود ہوتا ہے۔ صاحب ولادت عورت میں فرج اور ہیمل کے درمیان کوئی واضح اندر معین برزخ نہیں ہوتا۔ اور پردہ بکارت کا بہت سا حصہ غائب ہو چکا ہوتا ہے۔ ہیمل کا مدخل شفرٹن کے اقتراب کی وجہ سے قاعدہ پوشیدہ ہوتا ہے، مگر جب عجمی جسم (perineal body) کو بہت سا ضرر پہنچ چکا ہو تو اس کا پیچھے کا سر اٹھلا رہتا ہے۔ سن رسیدہ عورتوں میں اس حالت میں زیادتی پائی جاتی ہے، اور اس سے صعودی سرایت کی نائید ہوتی ہے۔

ہیمل کی مقدم دیوار کا بالائی نصف حصہ مثانہ کے قاعدہ سے علاقہ پیدا کرتا ہے۔ اور اس کے زیرین نصف حصہ کے ساتھ مبال مضبوطی سے پیوستہ ہوتا ہے۔ مثانہ کو ہیمل سے عام طور پر باسانی علیحدہ کیا جاسکتا ہے، کیونکہ ان کے درمیان انصالی بافت اور عضلی طبقے واقع ہوتے ہیں۔ ہیمل اور مثانہ کے درمیان جو عضلی تختہ حائل ہوتا ہے وہ عانی عنقی عضلہ (pubo-cervicalis muscle) سے بنا ہوتا ہے جس سے اس ساخت کا مرکزی حصہ بنتا ہے جسے بونی (Bonney) مقدم ”عانی شلف“ (pelvic shelf) کے نام سے تعبیر کرتا ہے اور اس نے گرد ہیملی انصالی بافت میں ایک عضلی تختہ کا ذکر کیا ہے جو عنق اور مستعرض عنقی رباطوں (transverse cervical ligaments) سے لیکر ہیمل کے وسطی اور زیرین تہائی حصوں کے مقام اتصال تک پہنچتا ہے۔

ہیملی چسپیدگیوں کی جو اہمیت رحم کو طبعی وضع میں قائم رکھنے کے سلسلہ میں ہے اس پر پہلے ہی زور دیا جا چکا ہے (دیکھو صفحہ ۲۹)۔ ہیملی کے زیرین دو تہائی حصے ہیمل کی دیوار کی بیرونی تہوں سے مضبوطی سے مربوط ہوتے ہیں۔ اور ان کو محض کاٹ کر ہی علیحدہ کیا جاسکتا ہے۔ ہیمل کی مؤخر دیوار کا

بالائی ایک تہائی حصہ وگلس کی جیب کے فرش سے (دیکھو شکل ۱) اور وسطی ایک تہائی حصہ منقعی استفاخ (rectal ampulla) سے اور زیرین ایک تہائی حصہ عجائی جسم (perineal body) سے تعلق رکھتا ہے۔ طبعی حالات میں مذکورہ دیوار ان جملہ ساختوں سے خلوی بانٹ کی ایک تہ سے علیحدہ ہوتی ہے۔ صاحب ولادت عورتوں میں قبائلی دریدگیوں (obstetric lacerations) کے بعد خلوی بانٹ کے سرائت زدہ ہو جانے سے منقعی اور مہلی دیواریں بعض اوقات آپس میں مضبوطی سے متحد ہو جاتی ہیں۔ حلیسین جانبی اور مقدم قہووں کے ساتھ قریبی علاقہ رکھتے ہیں (دیکھو شکل ۶)۔ ان کے دباؤت یافتہ ہو جانے کی حالت میں جیبا کتدنی مرض (tuberculous disease) میں ہوتا ہے ان کا اس عمل پر خست کیا جاسکتا ہے۔ رحمی اور مہلی شریانی بھی مہلی کی جانبی دیواروں کے بالائی حصہ کے نزدیک سے گزرتی ہیں اور یہاں انکا نبضان اکثر اوقات صاف طور پر محسوس کیا جاسکتا ہے۔ عیدم الولادت عورتوں میں مہلی کی مقدم اور مؤخر دونوں دیواروں کی مخاطی سطحوں کو متعرض شکن یا اساریر (rugæ) عبور کرتے ہیں جو مقدم دیوار کے زیرین ایک تہائی حصہ پر نمایاں ترین ہوتے ہیں۔ مکرر ولادتوں کے بعد یا بوجہ سقوط (prolapse) تنیدہ ہو جانے کے باعث یہ مکمل یا جزوی طور پر منطس ہو جاتے ہیں۔ بعض حالتوں میں مقدم اور مؤخر دونوں دیواروں پر ایک وسطی جیدہ (ridge) انتصابی رخ میں گزرتا ہے جو وسطی مہلی ستون (median vaginal column) کے نام سے موسوم ہے۔ جنین میں بالغ عورت کی نسبت مستعرض شکن زیادہ واضح اور زیادہ کثیر التعداد ہوتے ہیں، اور وسطی مہلی ستون خوب نمایاں ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۴۸ صفحہ 63)۔

ساخت۔ مہلی دیوار تین تہوں پر مشتمل ہوتی ہے۔ (۱) سرطہ (epithelium)

(۲) سخت سرطی اتصالی بانٹ (sub-epithelial connective tissue) (۳) عضلہ (دیکھو شکل ۴۰)۔

مہلی سرطہ طبقہ دار قشری (stratified squamous) قسم کا اور جلد کے مشابہ ہوتا ہے، اور اس میں تین تہیں تمیز کی جاسکتی ہیں۔ سب سے گہری تہ قصیر القامت ستونی خلیوں (low columnar cells) کی ایک یا دو قطاروں پر مشتمل ہوتی ہے جن میں ایک ایک بڑا سا نوات ہوتا ہے۔ ان کے اوپر مثالی "مخار دار" خلیوں (prickle cells) کی کئی ایک تہیں واقع ہوتی ہیں۔ ستونی تہ کے قریب یہ خلیے چھوٹے چھوٹے اور ایک دوسرے میں جھنسے ہوتے ہیں۔ اور

سطح کے نزدیک یہ بڑے بڑے اور کثیر الاضلاع ہوتے ہیں اور ان کے درمیان زمینے ہوتے ہیں جو قہری خلیوں کے زائندوں کے اتحاد سے بنتے ہیں۔ سطحی نہیں چھپے خلیوں پر مشتمل ہوتی ہیں جن میں ہر ایک میں چند زائند پائے جاتے ہیں اور ان کا خاکہ واضح نہیں ہوتا۔ گویا یہ وہ خلیے ہیں جن میں قرن مانعرات (keratoid changes) رونما ہو چکے ہیں۔ بعض اوقات انحطاط یافتہ خلیوں کی بہت سی نہیں سطح سے علیحدہ ہوتی ہوئی دکھائی دیتی ہیں۔ اس میں کئی ایک خلیے خالیہ دار (vacuolated) ہوتے ہیں۔

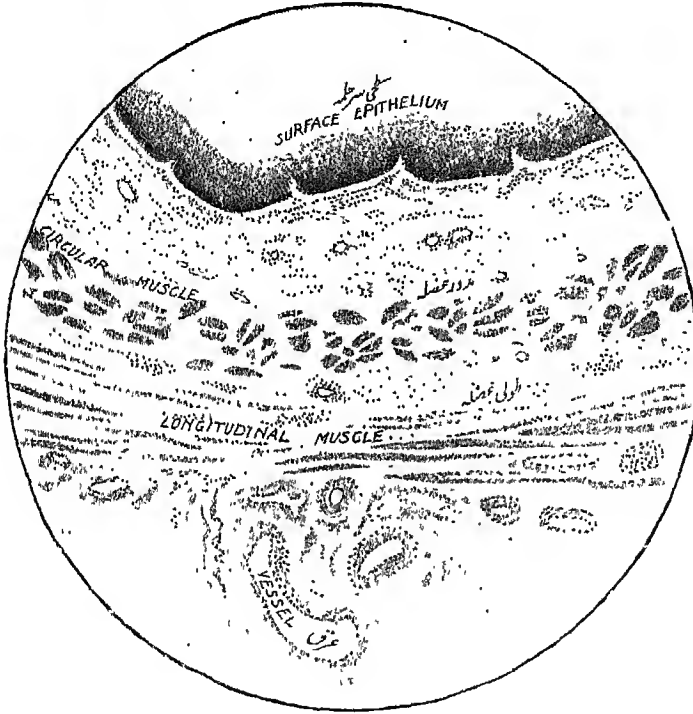
مہبل کی غشاء مخاطی میں قاعدہ کوئی غد نہیں ملنا چاہئے لیکن بعض اشک میں مختلف مشاہدین نے ابتدائی عذرات میں شاخت کی انہیں ممکن ہے کہ یہ خستہ سطحی قنات کے زیریں حصہ کے شقائق سے ہوں، یا الہتابی حالتوں میں یا بعض سرحد کی قاعدی تہ سے بنجاتی ہوں (دیکھو صفحہ 396)۔ جب یہ موجود ہوتے ہیں تو یہ عام طور پر مہبل قبوؤں کے سرحد میں اور ان کے قرب وجوار میں پائے جاتے ہیں اور خستہ رحم کے مزین الہتاب کو بالعموم متلازم ہوتے ہیں۔

تحت سطحی انصالی بافت گھنی اور ریشہ دار ہوتی ہے۔ اس میں سے خوب نمایاں صہبی زائندے نکل کر اوپر کی طرف سرحد کی گہری تہوں میں چلے جاتے ہیں۔ بخلاف اس کے بعض اوقات سرحد کی گہری سطح سے بھی جھوٹے جھوٹے صہبی زائندے نکل کر تحت سطحی بانٹوں کے اندر چلے جاتے ہیں۔ یہ زائندے بالخصوص عنق کے مہبل حصہ میں خوب واضح ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۳۱۱ - صفحہ 519) اس میں بہت بڑے بڑے عروق ہوتے ہیں۔

عضلی تہ میں زیادہ تر سادہ عضلہ کے مدور ریشے پائے جاتے ہیں۔ ان کے باہر طولی ریشے بھی موجود ہوتے ہیں، لیکن وہ نسبتاً ناقص النمو ہوتے ہیں۔ عضلی دیوار کے باہر کی طرف انصالی بافت کا ایک ڈھیلو ڈھلا علاقہ ہوتا ہے جس میں مہبل کے زیریں ایک تہائی حصہ میں رافعات مہبل (levator ani) کے ریشے اور بالائی دو تہائی حصوں میں وہ عضلی ریشے جو رجمی عضلہ کے عضلی ورقہ سے مسلسل ہوتے ہیں پائے جاتے ہیں۔ مہبل شریانی اور ان کی رفیق وریدی بھی اسی ڈھیلے ڈھالے یعنی عضلی علاقہ میں سے گذرتی ہیں۔

مہبل انشراز (vaginal secretion)۔ اس کا جزو اعظم ایک عبور رشحہ (transudate) ہوتا ہے جو خون اور لطف کے عروق کی سطحی تہ سے رس کر باہر نکلتا ہے۔ عنق میں سے بھی کچھ افراز نکل کر اس کے ساتھ مل جاتا ہے۔ خالی آنکھ سے اس کے صفات مختلف نظر آتے ہیں۔ بچوں اور نرسندہ سنت عظیم الولادت عورتوں میں یہ سفیدی مائل ندنی مادہ کی شکل کا ہوتا ہے جس کا قوام سولیتی (pultaceous) ہوتا ہے۔ قبوؤں میں یہ نما مکر کثرت سے پایا جاتا ہے۔

اور یہاں یہ سمن (smegma) کی طرح کا ہوتا ہے۔ اس کا تعامل خفیف سائز شئی ہوتا ہے۔ صاحب ولادت عورتوں میں جن میں دہنہ مہبل (vaginal ostium) فراخ ہوتا ہے اس قسم کا افراز دیکھنے میں نہیں آتا۔ ان میں اکثر یہ ترقیق اور زردی مائل سفید ہوتا ہے، اور اس کا تعامل تعدیلی یا قلوئی ہوتا ہے۔ خردین سے امتحان کرنے پر اس میں سطحی نشترات (epithelial squames)



شکل ۳۰۔ دیوار مہبل میں سے طولی ترشش۔ یہ قنال کے بالائی سرے کے قریب سے لی گئی ہے۔

سفید خلیات (leucocytes) 'جراثیم' اور خلوی فواضل (cellular debris) پائے جاتے ہیں۔ عورتیں عام طور پر اس کو "سفید رطوبت" (whites) کے نام سے تعبیر کرتی ہیں۔ مہبلی افراز کی جراثیمات ایک متنازع فیہ مسئلہ رہا ہے، لیکن مندرجہ ذیل امور ایک معتد بہ حد تک مسلمہ قرار دے دئے گئے ہیں۔

(۱) بچوں، باکرہ، اور تندرست حاملہ عورتوں کے سفید نمدنی اور ترشی افراز میں ایک نوعی عصیہ پایا جاتا ہے جو ڈوڈرلین (Döderlein) کے مہسلی عصیہ (vaginal bacillus) کے نام سے موسوم ہے۔ یہ عضویہ محض ترشی وسائط ہی میں پیدا ہوتا ہے اور جب یہ افراز میں موجود ہو تو اس میں لیکٹک ایسڈ (lactic acid) سیشہ پایا جاتا ہے۔ ڈوڈرلین (Döderlein) کا یہ نظریہ تھا کہ یہ عصیہ اپنے دوران نمویں کسی تخمیری عمل سے ترشہ مذکور کو پیدا کرتا ہے۔ مگر حال ہی میں یہ ثابت کیا گیا ہے کہ یہ شے مہسلی اجتماع الدم (haematocolpos) کے مشمولات میں پائی جاتی ہے جو عقیم اور ہر قسم کے عضویوں سے میل ہوتے ہیں۔ اس سے ظاہر یہ معلوم ہوتا ہے کہ لیکٹک ایسڈ (lactic acid) جراثیمی عمل کی امداد کے بغیر بھی پیدا ہو سکتا ہے، لیکن ایک بند مہسلی اجتماع الدم (haematocolpos) اور کھلی مہسل کے حالات میں اس قدر تفاوت موجود ہے کہ ایک صورت سے حاصل شدہ نتائج کا اطلاق دوسری صورت پر نہیں کیا جاسکتا۔

(۲) بعض اوقات ریمز اعضوں لیے جن میں ناہوا باش نبغات سبجیہ (anaerobic streptococci) (کولبرک: Colebrook) بھی شامل ہوتے ہیں بظاہر تندرست عورتوں کے مہسلی افراز میں پائے جاتے ہیں۔ اور ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ گند پودوں (saprophytes) کی شکل میں موجود ہوتے ہیں اور تنظیم کرنے پر حیوانوں میں سرایت نہیں پیدا کر سکتے۔

(۳) طبعی افراز مہسل غالباً ایک محافظ فعل سر انجام دیتا ہے۔ یہ نبغات (cocci) کی قسم کے ریمز اجراثیم کی یا تو ان کو تباہ کرنے سے یا ان کی فعالیت پر اجتماعی اثر ڈالنے سے مخالفت کرتا ہے۔ مہسلی عصیہ (vaginal bacillus) کے دریافت کنندہ نے اس کو افراز کا ایک فعال محافظ عامل تصور کیا تھا اور اس کے ساتھ اس نے ایک جرثومہ کش قوت بھی منسوب کی تھی جو افراز کے ترشی تعامل کے برقرار رہنے سے اثر انداز ہوتی ہے۔ اگر افراز میں عصیہ مذکور کی موجودگی کے بغیر لیکٹک ایسڈ (lactic acid) پیدا کیا جاسکے، تو اس نظریہ کی ترمیم ضروری ہوگی۔

۱۔ آر۔ کرک شینک (R. Cruickshank) اور آے شیرمین (A. Sharman) نے حال ہی میں بہت ہی ترشی افراز مہسل (جسکا ایچ آئن (H-ion) ارتکاز P_H 4.2-4.7 تھا) اور مہسلی سرحد میں گلائیکو جن کی موجودگی کے باہمی تعلق کا مظاہرہ کیا ہے۔ ان کے رائے ہے کہ اس کا دار و مدار شین زائابرون (Oestrogenic hormone) کا رتبہ پر ہے اور اس کے اختلافات کے ساتھ یہ بدلتا رہتا ہے۔ (Jour. Obst. and Gyn. Brit.

(۴) بعضی خاص حالات کے تحت اور بالخصوص جبکہ کسی وجہ سے افراز غلوی ہو گیا ہو موجودہ گندہ پودی عضویوں کے تجدیدِ تشبیت کا امکان پیدا ہو جاتا ہے، یا یہ بھی ممکن ہو جاتا ہے کہ باہر سے داخل شدہ عضویوں میں نمو اور تولید واقع ہو جائے اور وہ تناسلی خطہ کے بالائی حصہ تک بھی شاید پہنچ جائیں۔ حیض واقع حمل اور ابتدائے زمانہ لٹاس کے دوران میں تناسلی خطہ کے غیر معمولی طور پر سرایت زدہ ہونے کے امکان کی توجیہ اسی امر سے ہوتی ہے۔

جراثیمیاتی نقطہ نگاہ سے تناسلی قنال عملی طور پر دو حصوں پر منقسم کی جاسکتی ہے، ایک وہ حصہ جس میں جراثیم ہوتے ہیں، اور دوسرا وہ حصہ جو عقیم ہوتا ہے۔ قبل الذکر زیرین تناسلی خطہ (uterine vestibule) مہبل اور عنقی قنال کے زیرین حصہ پر، اور عوز الذکر عنقی قنال کے بالائی حصہ کہفہ رحم، اور انوبی درونوں (tubal lumina) پر مشتمل ہوتا ہے۔ بالائی حصہ کے عقیم حالت میں رہنے کی توجیہ مندرجہ ذیل امور سے ہوتی ہے۔ (۱) عنقی قنال میں مخاط کی ایک ٹاٹ (plug) موجود ہوتی ہے جس میں البیومینائڈس (albuminoids) بہت کم مقدار میں موجود ہوتے ہیں، اس لئے وہ خرد عضویوں کے لئے غذا کا کام نہیں دے سکتا۔ (۲) فہم داخلی کے بیول پر عنقی انسداد میں جو کثیر التعداد سفید خلیات پائے جاتے ہیں وہ جراثیم کے لئے تباہ کن ثابت ہوتے ہیں۔

فرج

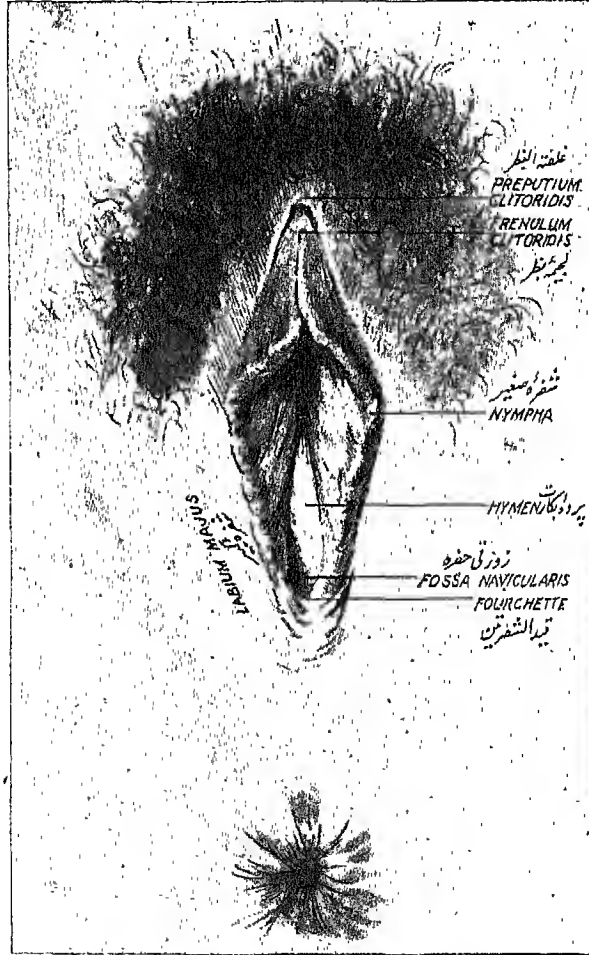
(THE VULVA).

فرج کے سلسلہ میں مندرجہ ذیل حصوں کا ذکر کیا جاتا ہے۔۔ جبل زہرہ (mons veneris)، شفتین کبیر (labia majora)، شفتین صغیر (labia minora)، بظر (clitoris)، معہ غلفہ (prepuce)، ڈریلز (vestibule) معہ منفذ بول (urinary meatus)، مہبل دہنہ (ostium vaginae)، پردہ بکارت (hymen) اور عجانی جسم (perineal body)۔

شفتین کبیر مقدم مونترشکن ہیں جو فرج (cloaca) کے اطراف پر جلد کے دھراؤ سے پیدا ہوتے ہیں (صفحہ ۷۹)۔ عانہ (pubes) سے پیچھے کے طرف جا کر یہ عجانی جسم کے اطراف پر بتدریج غائب ہو جاتے ہیں۔ مکمل طور پر نمو یافتہ ہونے کی حالت میں یہ زندگی کے محض اس حصہ میں

دیکھنے میں آتے ہیں جو صنفی فعالیت سے منصف ہوتا ہے۔ اس زمانہ میں ان میں تحت جلدی چربی کی ایک بہت بڑی مقدار موجود ہوتی ہے، اور ویدوں کا ایک کثیر العروق ضغیرہ پایا جاتا ہے۔ اس حالت میں

54



شکل ۴۱۔ فرج باکرہ۔ (ایک عکسی تصویر)۔

یہ موٹے شکلوں کی شکل کے ہوتے ہیں، اور وسطی خط میں ایک دوسرے سے مقرب ہوتے ہیں۔ اگلی طرف یہ جلد اور زیر جلدی چربی کی ایک گدی میں غائب ہو جاتے ہیں جو عانہ کے اوپر واقع ہوتی ہے، اور

جبل زہرہ (mons veneris) کے نام سے موسوم ہے۔ شفرتین کی بیرونی سطح اور تمام جبل زہرہ پر بال ہوتے ہیں جو سن بلوغ پر پیدا ہوتے ہیں۔ سن یا س کے بعد یہ سفید ہو جاتے ہیں اور ان کی تعداد کم ہو جاتی ہے۔ بڑھاپے میں یہ تقریباً بالکل غائب بھی ہو جاتے ہیں۔ مشعر رقبہ کی شکل عام طور پر مثلثی ہوتی ہے اس کا قاعدہ ارتفاق (symphysis) سے نصف انچ اوپر اور زاویہ راس عجائی جم پر ہوتا ہے۔ گندمی رنگ کی عورتوں میں بعض اوقات یہ بال شکم کی مقدم دیوار پر ایک ٹکونے رقبہ کی شکل میں تقریباً ناف تک چلے جاتے ہیں۔ ایسی حالت میں ان کی تقسیم مردانہ طرز کے مشابہ ہوتی ہے۔ اور ان میں اکثر مردانہ مشابہت کے اور نشانات بھی پائے جاتے ہیں (adrenalism)۔

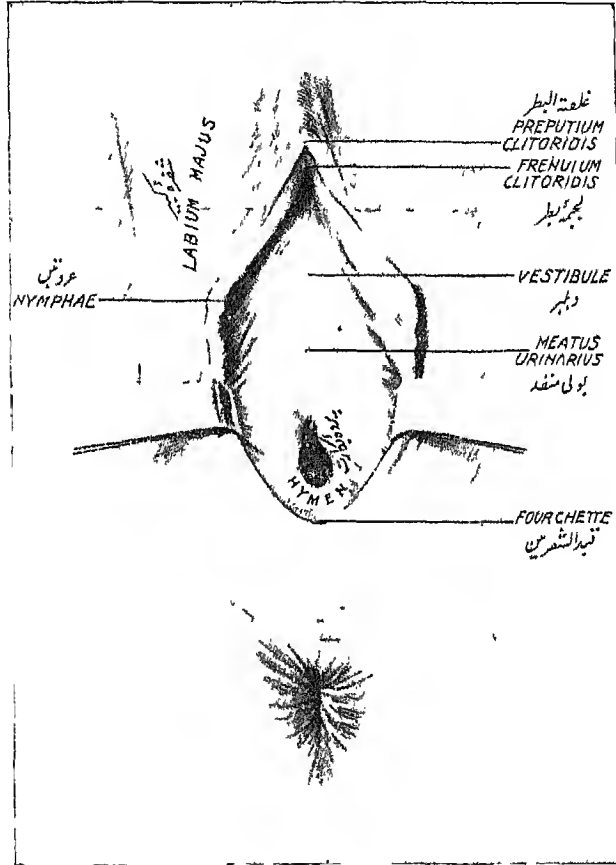
بچوں اور بوڑھی عورتوں میں شفرتین کبیر تحت جلدی چربی کے کم مقدار میں موجود ہونے کی وجہ سے پتلے ہوتے ہیں۔ اور ان میں سے شفرتین صغیر یا دہنہ مہل (ostium vaginae) بھی نظر آ جاتا ہے۔ بالغ عورتوں میں رانوں کی ایک بڑی حد تک تبعید کرنے پر بھی شفرتین کبیر ایک دوسرے سے علیحدہ نہیں ہوتے۔ ان کی اندرونی سطحوں کی جلد باریک اور نرم ہوتی ہے اور خالی آنکھ سے شکل میں غشائے مخاطی کی سی دکھائی دیتی ہے۔

55

شفرتین کبیر کی ساخت جسم کے عمومی پوست سے قریبی مشابہت رکھتی ہے۔ ان میں مرکب غلیب وش (acinous) دہنی (sebaceous) غدو بہت بڑی تعداد میں موجود ہوتے ہیں جو غیر مشعر حصوں پر بھی بکثرت موجود ہوتے ہیں اور اکثر اوقات خالی آنکھ سے نظر آتے ہیں۔ علاوہ ازیں جیند عرقی غدو بھی ہوتے ہیں مگر یہ ناقص النمو ہوتے ہیں۔ شفرتین کبیر مرد کے صفحہ کے متناظر ہیں۔ ہر ایک مستدیر رباط کا بعدی سرا آگے کی طرف کو اربی قتال میں سے نکل کر متناظر شفرہ میں داخل ہو جاتا ہے اور اس کی بافت شفرہ کی بافت سے متحد ہو جاتی ہے۔ گاہے گاہے باریطوں کا ایک نقتی ماحصہ (hernial sac) اربی قتال یا "قتال نکل" (canal of Nuck) میں مستدیر رباط کے ہمراہ ہو جاتا ہے اور شفرہ تک پہنچ جاتا ہے۔

شفرتین صغیر (labia minora) یا عورتین (nymphae) نرم جلد کے پتلے شکنوں کا ایک جوڑا ہے جو شفرتین کبیر کے اندر کی طرف واقع ہوتا ہے۔ ان سے مہلی دہنہ کے جانبی اطراف طیار ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۱۴)۔ ان کا خاکہ ہلالی ہوتا ہے اور پچھلی طرف یہ ایک متعشر شکن قید الشفرتین (fourchette) کے ذریعہ سے ایک دوسرے سے ملے ہوتے ہیں۔ اگلی طرف ہر ایک شفرہ صغیر دو شکنوں پر منقسم ہو جاتا ہے جن کا اگلا جوڑا ملکر نظر (clitoris) کے سامنے کی طرف

گزرتا ہے جس سے اس کا غلافہ (preputium) بنتا ہے۔ اور پھیلا جوا ٹراکلنٹر کی پچھلی طرف سے گذرتا ہے جس سے اس کا لیچمہ (frænulum) طیار ہوتا ہے۔ شفرتین صغیر پر بال نہیں ہوتے۔ اور گندمی عورتوں میں یہ اکثر اوقات بہت طون ہوتے ہیں۔ بچوں میں شفرتین کبیر کے غیر مویا قتمہ ہونے کی وجہ سے

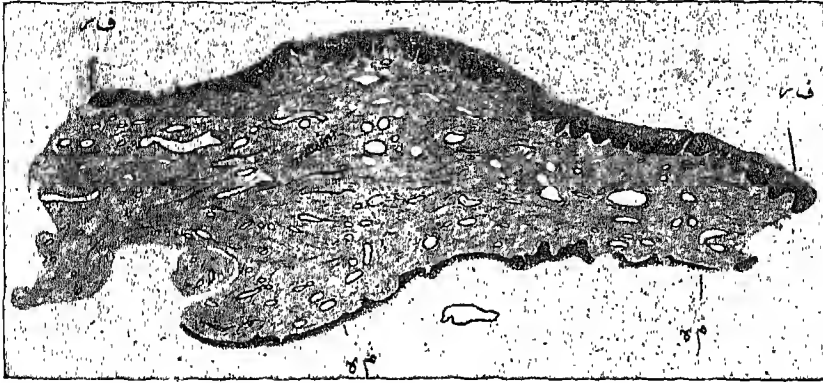


شکل ۳۲۔ فرج باکرہ شفرتین کو علیحدہ کرنے کے بعد۔

یہ بظاہر بڑے اور نمایاں معلوم ہوتے ہیں بعض نسلوں میں اور خاص کر ہوتناتوں (Hottentots) میں شفرتین صغیر نہایت کبیر الحجامت ہوتے ہیں۔ ان کو مصنوعی ذرائع سے شاید ایسا بنایا جاتا ہے۔ لمحات ساخت یہ چلمہ ہی پر مشتمل ہوتے ہیں جس میں کثیر التعداد دہنی غدود پائے جاتے ہیں۔ یہ عند

اکثر خالی آنکھ سے خفیف زرد اور کسی قدر عرق مع مدور رقبوں کی شکل کے دکھائی دیتے ہیں۔

وہلیز (vestibule) جنینی بولی تناسلی جوف (urogenital sinus) (شکل ۸۵ - صفحہ ۸۵) کا باقی ماندہ نشان ہے جو سن بلوغ میں موجود رہتا ہے۔ یہ ایک مثلثی رقبہ ہے جس کا زاویہ کس جس کا رخ اگلی طرف کو ہوتا ہے نظر سے ہوتا ہے اور طرفین شفرتین صغیر سے بنتے ہیں اور قاعدہ وہنہ مہبل (ostium vaginæ) کے مقدم کنارہ سے طیار ہوتا ہے (دیکھو شکل ۸۳)۔ بولی منفذ (urinary meatus) وسطانی مستوی میں اس کے قاعدہ کے نزدیک واقع ہوتا ہے۔ سطح سے وہلیز کی گہرائی کا انحصار شفرتین کی موٹائی اور ان کے ارتفاع پر ہوتا ہے جو اس کو ہمیشہ پوشیدہ



شکل ۸۳ پردہ بکارت کی تراش کو ظاہر کرتی ہے۔ فرجی جانب پر طبقہ دار سرطلہ کی ایک پنجویں مو یا فٹہ تہ موجود ہے اور مہلی جانب پر یہ تہ بہت باریک ہے۔ ان دونوں سرطلی سطحوں کے درمیان اتصالی بافت کا ایک دبیر طبقہ موجود ہے جس میں کثیر التعداد عروق خون اور اعصاب پائے جاتے ہیں۔ در نشاندہ خاکہ پردہ بکارت کی حقیقی دبازت کو ظاہر کرتا ہے۔ ف، سر، فرجی جانب۔ م، مہلی جانب۔

رکھتے ہیں۔ قاساطیر (catheter) گزارنے کے لئے اس رقبہ کو اچھی طرح سے مہل کر لینا چاہئے تاکہ یہ صاف نظر آسکے اور ایسا کرنے کے لئے یہ ضروری ہے کہ شفرتین کے انٹیک حصوں کو علیحدہ کر دیا جائے۔ وہلیز کی بالائی سطح پر بہت سے چھوٹے چھوٹے خفیف غدد کھلتے ہیں۔

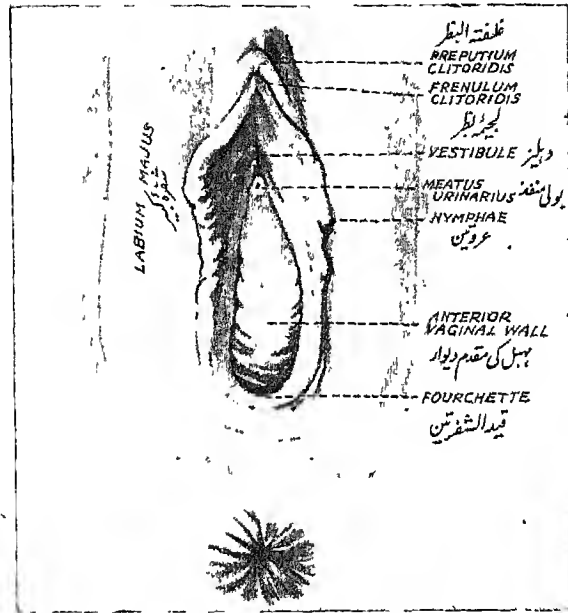
نظر (clitoris) قضیب کا ناقص النمو ماش ہے۔ یہ ایک چھوٹی سی ساخت ہے جو شہ (glans)

اور ایک چھوٹے سے جسم (body) پر مشتمل ہوتی ہے۔ جسم (erura) کے ذریعہ سے عاین سے چسپیدہ ہوتا ہے اور اس کا طول مختلف ہوتا ہے۔ شفرتین صغیر کے ٹنگنوں سے ایک کلاہ (hood) طیار ہوتی ہے جو حشفہ کو ڈھانک دیتی ہے اور بعض اوقات اسے مکمل طور پر پوشیدہ کر دیتی ہے۔ غلفۃ البقصر (preputium clitoridis)۔ حشفہ انتصاب پذیر بافت سے مرکب ہوتا ہے جس میں حسی اعصاب کی رسد بکثرت موجود ہوتی ہے۔ خونی رسد اس کو لٹری شریان کے ذریعہ پہنچتی ہے جو داخلی حیانی (internal pudic) کی ایک خاص شاخ ہے۔ اس عرق کی دریدگی سے بعض اوقات شدید زخف واقع ہوتا ہے۔ غلقہ کے نیچے بعض اوقات افزاج جمع ہو جاتا ہے جس سے مقامی خراش پیدا ہو جاتی ہے، اور کبھی کبھی ٹنگنوں کے کنارے ایک دوسرے سے چپک جاتے ہیں جسکی وجہ سے بطور معرا نہیں کیا جاسکتا۔

دہنہ مہبل یا مہبلج مہبل (ostium or introitus vaginæ) مہبلی قنال کا مدخل ہے۔ یہ مقرب شفرتین کی سطح سے گہرے گراختلاف پذیر لیول پر واقع ہوتا ہے۔ باکرہ عورتوں میں دہنہ پردہ بکارت سے جزوی طور پر سدود ہوتا ہے (دیکھو شکل ۴۲) بختہ عورتوں میں پردہ بکارت دریدہ یا تینیدہ پایا جاتا ہے۔ اور دہنہ کو باسانی منتع کیا جاسکتا ہے۔ ان عورتوں میں جن کو وضع حل کے دوران میں مقامی ضرر پہنچ چکا ہو دہنہ بڑا اور فراخ ہوتا ہے (دیکھو شکل ۴۳)۔ پردہ بکارت کی اوسط دہانت ۱۔۵ انچ ہوتی ہے، اور یہ مہبل دہنہ کے موخر نصف یا دو تہائی حصہ سے چپکا ہوتا ہے۔ اس کا مقدم کنارہ جو دہنہ کی تنصیف کرتا ہے بالعموم آزاد اور ہلالی شکل ہوتا ہے۔ تشریحی نقطہ نظر سے یہ شفرتین کے تیسرے چوڑ کا قائم مقام ہے۔ اس کے آزاد کنارے کے سامنے ایک فضا ہوتی ہے جو مہبلی قنال کا مدخل ہے (دیکھو شکل ۴۲)۔ پردہ بکارت کے موخر کنارے اور قید الشفرتین (fourchette) کے درمیان ایک چھوٹا سا رقبہ ہوتا ہے جو شفرتین صغیر کے ایک دوسرے سے علیحدہ کرنے پر اتھلے بیضوی نشیب کی شکل کا دکھائی دیتا ہے۔ یہ نشیب زور قی حفرو (fossa navicularis) کے نام سے موسوم ہے۔ صاحب ولادت عورتوں میں یہ حفرو نظر نہیں آتا کیونکہ یہ خفیف سی نفاسی دریدگیوں سے بھی تباہ ہو جاتا ہے۔

بلحاظ ساخت پردہ بکارت القنالی بافت سے مرکب ہوتا ہے جو بخوبی نمویافتہ مگر بہت کثیر العروق ہوتی ہے۔ اس کی مہبلی اور فرجی دونوں سطحیں طبقتہ دار قشری مرحلہ سے پوشیدہ ہوتی ہیں (دیکھو شکل ۴۳)۔ پردہ بکارت کی شکل اور اسکے صفات بہت اختلاف پذیر ہیں۔ بعض اوقات یہ مہبل دہنہ کے تمام حاشیہ سے چسپیدہ ہوتا ہے۔ اس صورت میں اس میں یا تو

ایک مرکبی روزن ہوتا ہے، اور یاد دو جانبی سوراخ ہوتے ہیں جو ایک دوسرے سے غٹنا کے ایک مقدم موخر ٹکڑن سے علیحدہ ہوتے ہیں، اور یا کئی ایک چھوٹے چھوٹے قحطات موجود ہوتے ہیں جو اس پر بے قاعدہ طور پر منقسم ہوتے ہیں۔ ایسا پردہ غربالین (cribriform) پردہ بکارت کے نام سے موسوم ہے۔ بعض اوقات اس میں قطعاً کوئی روزن نہیں ہوتا، اور مہل اس لئے نیچے کی طرف سے مکمل طور پر بند ہوتی ہے۔ ایسے پردہ کو غیر مشقبت (imperforate) پردہ بکارت کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔

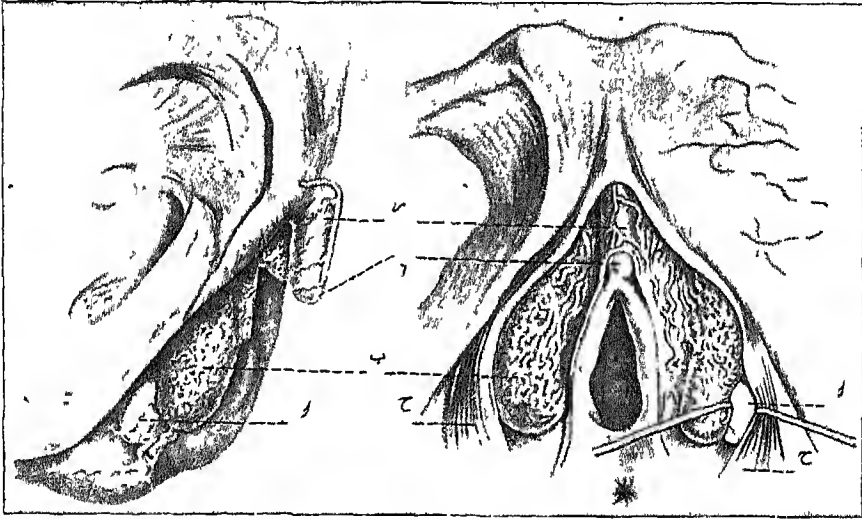


شکل ۴۴۔ متعدد الولادت عورت کی قرح (ایک علمی تصویر ہے)۔ بہن کی مقدم دیوا
سقوط یافتہ ہے (قیلہ مثانیہ)۔

(دیکھو صفحہ ۱۵۵)۔ پروڈ بکارت کی مضبوطی اور اسے پذیریں مختلف ہوتی ہے بعض اوقات یہ اتنا لچکدار ہوتا ہے کہ دورانِ مجامعت میں یہ بغیر دریدگی کے تئید ہو جاتا ہے اور بعض اوقات یہ اس قدر مزاحم ہوتا ہے کہ تکمیلِ مجامعت سے پہلے اس کو دور کرنا ضروری ہوتا ہے۔ اس سے نتیجہ نکلتا ہے کہ صحیح و سالم پروڈ بکارت کا وجود بکارت کا طبی قانونی ثبوت نہیں ہے۔ ہم (بی۔ و ڈبلیو: B. W) نے ایک ایسی مرقبہ دیکھی ہے جو باوجود اس امر کے کہ پروڈ بکارت میں سوئی کی نوک کے برابر وزن

58

حاملہ تھی۔ اور تشہر سبھی نقطہ نظر سے استقرار عمل نامکن معلوم ہوتا تھا۔ کینونی (Kanony) نے حمل کے ایسے تینالیس واقعات جمع کئے ہیں جن میں یردہ بیکارت صحیح و سالم تھا، اور وی آنا کے پیرڈا (Haberd) نے یہ بیان کیا ہے کہ وہ ازالہ بیکارت کے طبی قانونی واقعات میں سے صرف تقریباً ۵۰ فیصد ہی میں یقینی طور پر تشخیص کر سکا۔ کتھڑا عورتوں میں یردہ بیکارت تجاولیف (sulci) کے ذریعہ سے بالعموم تین یا چار حصوں میں منقسم پایا جاتا ہے جو نکر کر چھوٹے چھوٹے شکلوں کی شکل میں تبدیل ہو جاتے ہیں۔



شکل ۴۵۔ بارتھولین کے غدہ اور خارجی اعضا کی انتصاب پذیر ساختوں کا جانبی اور
مقدم منظر۔ ا۔ بارتھولین کا غدہ۔ ب۔ بصلہ دہلیز۔ ج۔ عضلہ عاصروہ مہبل۔
د۔ خشفۃ البظر۔ هـ۔ بظر کا جسم۔ (مورس کے مطابق)۔

صاحب ولادت عورتوں میں ان نشکوں کی جہانت میں مزید تخفیف ہو جاتی ہے، اور یہ چھوٹے چھوٹے بے ڈنڈی کے درنوں کی شکل کے دکھائی دیتے ہیں جن میں سے کئی ایک دہنہ کے ارد گرد پائے جاتے ہیں۔ یہ لیجیمات آسیہ (carunculae myrtiformes) کے نام سے موسوم ہیں۔
ایسے چند عضلات ہیں جو دہنہ مہبل سے علائقہ رکھتے ہیں اور اس کے لئے ایک منتم کے عضلہ عاصروہ کا کام دیتے ہیں۔ یہ عضلات رافع مہبل (levator ani) کے عانی ریشے، اور سطحی عجمانی

عضلات ہیں۔ ان عضلات کے اختیاری فعل سے دہنہ کو تنگ کیا جاسکتا ہے۔ معکوس خراش کی وجہ سے ان میں تشنجی انقباض پیدا ہو سکتا ہے جس سے ایک حالت پیدا ہو جاتی ہے جو سریری طور پر شنج المہبل (vaginismus) (دیکھو صفحہ 199) کے نام سے موسوم ہے۔

بارتھولینی غدد (Bartholin's Glands)۔ بارتھولینی غدد چھوٹی چھوٹی بیضوی ساختوں کا ایک جوڑا ہیں جن کا قطر تقریباً نصف انچ ہوتا ہے۔ یہ غدد مہبل کے زبرین سرے کے اطراف پر، اور ہر ایک دبیری بصلہ (vestibular bulb) کے پچھلے سرے پر کی سطحی عجانی ردا کے نیچے واقع ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۴۵)۔ یہ مرد کے کوپری غدد (Cowper's glands) کے مثل ہیں۔ طبعی حالات کے تحت بارتھولینی غدد محسوس نہیں کیا جاسکتا، لیکن جب یہ التهاب مزمن سے متعلّب اور کلانی یافتہ ہو جاتا ہے، جیسا کہ اکثر اوقات سوزاک میں ہوتا ہے، تو انگوٹھے کو باہر کی طرف رکھ کر اور انگلی کو اندر گزار کر فرج کے اطراف پر چٹکی بھرنے سے اس کا جس کیا جاسکتا ہے۔ یہ غدد عظم و رک (ischium) کی صعودی فرع (ascending ramus) کے نزدیک گہرا واقع ہوتا ہے (دیکھو شکل ۴۵)۔ اور یہاں یہ محسوس کرنے پر ایک چھوٹے سے سمٹ اور حرکت پذیر جسم کی مانند معلوم ہوتا ہے۔ ہر ایک غده کی ایک ہی تنگ اور طویل قنات ہوتی ہے (دیکھو شکل ۴۶) جو پردہ بکارت کے قاعدہ کی جانب پر کھلتی ہے۔ تندرست قنات کا منہ شفاف افزا کے ایک چھوٹے سے قطرہ کی موجودگی سے اکثر شناخت کیا جاسکتا ہے، ورنہ یہ اس قدر نامعلوم ہوتا ہے کہ جب تک یہ التهاب سے سرخ نہ ہو گیا ہو نظر نہیں آتا۔

59

غده خود ایک مرکب غرقودی ساخت ہوتا ہے جو ایک لیفی کیسہ سے محصور ہوتی ہے جس سے خوب نمویافتہ لیفی بافت کے فوہل نکلتے ہیں (دیکھو شکل ۴۷)۔ سادہ اور مرکب دونوں قسم کے ایپیڈیات موجود ہوتے ہیں۔ سر سطح ستونی ہوتا ہے، اور نوات خلیوں کے قاعدہ پر واقع ہوتے ہیں اور اچھی طرح سے پوشیدہ پاتے ہیں۔ غشائے قاعدی خوب نمویافتہ ہوتی ہے۔ کئی ایک ایپیڈیات میں سر سطح کی ایک سے زیادہ تہیں ہوتی ہیں، لیکن اکثر میں خلیوں کی ایک ہی تہ موجود ہوتی ہے۔ غلیہ مایہ بہت وادہ دار ہوتا ہے، لیکن اس کی توین گہری نہیں ہوتی۔ ایپیڈیات کے درمیان بہت سی چھوٹی چھوٹی مختسل قناتیں (collecting ducts) دیکھنے میں آتی ہیں۔ ان کا استر قفیر القامت کبھی مٹم کے سر سطح کی کئی ایک تہوں سے بنا ہوتا ہے۔ بارتھولینی غده کی تراش عمومی وضع قطع میں غده ریقیہ کے مشابہ ہوتی ہے۔ بڑی بڑی قناتوں کا سر سطح مختلف اقسام کا ہوتا ہے۔ گہرے حصوں میں یہ خوب نمویافتہ

ستونی خلیوں کی ایک مجرورہ مشتعل ہوتا ہے، اور زیادہ سطحی حصوں میں یہ طبقہ دار اور برزخی قسم کا ہوتا ہے جو بولی گذرگا ہوں کے سرحد کے امتیازی صفات ہیں۔ بعض اوقات ایک قسم کے سرحد کی تبدیلی دوسری قسم کے سرحد میں دفعہ ہو جاتی ہے۔ کبھی کبھی چند ایک مرکب عنقودیں غدہ جن میں جامہ غلیے (goblet cells) بکثرت موجود ہوتے ہیں قنات کے زیادہ گہرے حصوں میں کھلتے دکھائی دیتے ہیں۔ یہ بلاشبہ مخاط پیدا کرتے ہیں۔

بارتھولینی غدہ کا افراز صاف اور رقیق مخاط ہوتا ہے جس کا تعامل قلعوی ہوتا ہے۔ اور اس کا فعل غالباً فرج کی محض تہہ میں ہی ہے۔

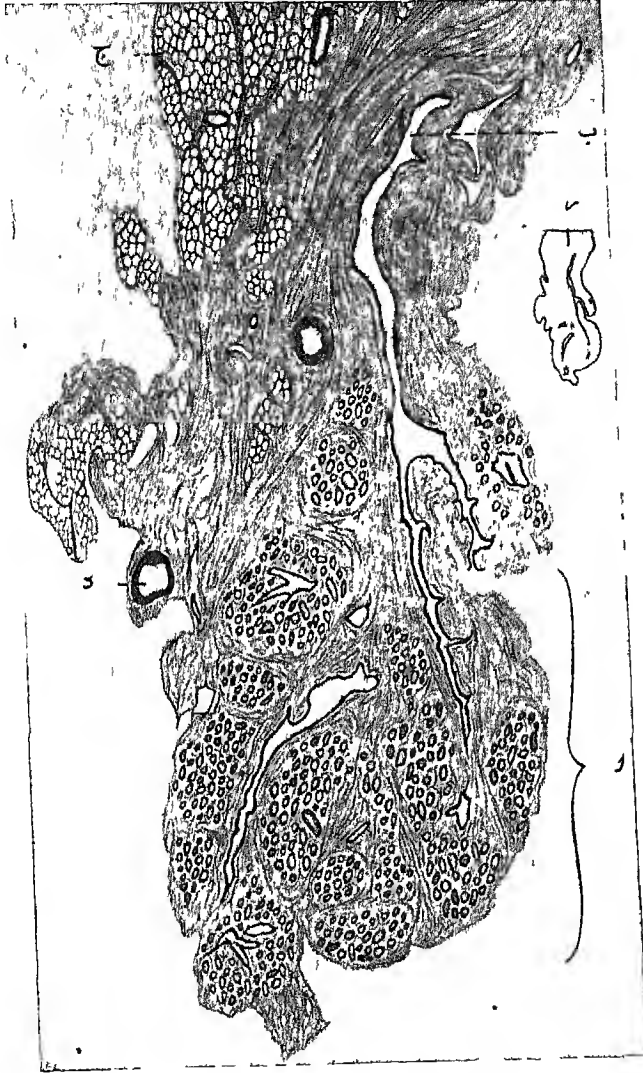
عجانی جسم (perineal body) بافت کا ایک تودہ ہے جو فرج اور مہبل کے حصہ زیرین کو مبرز قنال اور معائے مستقیم سے علیحدہ کرتا ہے، اور اس فضا کو پر کرتا ہے جو غذائی اور تناسلی قنالوں کے زیرین سروں کے انفرج سے باقی رہ جاتی ہے (دیکھو شکل ۱۲)۔ یہ جسم بولی مستقیم فاصل (urorectal septum) کے حصہ زیرین کا قائم مقام ہے جو مخرج (cloaca) کو مقدم (تناسلی بولی) اور موخر (معوی) قلعوں میں تقسیم کرتا ہے (دیکھو شکل ۶۴، صفحہ ۸۳)۔ اس کی شکل ہری ہوتی ہے، اس کا قاعدہ جلد کی سطح سے بنتا ہے، اور زاویہ راس اوپر کی طرف اس نقطہ تک چلا جاتا ہے جہاں مستقیم اور مہبل تنائیں ایک دوسرے سے متقرب ہوتی ہیں۔ یہ نقطہ مبرز سے تقریباً ۱ انچ اوپر ہوتا ہے۔ یہ جسم عضلی، لیغی، اور شحمی بافتوں سے مرکب ہوتا ہے، اور اس کا قاعدہ جلد سے ڈھکا ہوتا ہے۔ اس کی اگلی دیوار مہبل سے اور پچھلی دیوار معائے مستقیم سے بنتی ہے۔ اس کے علی حالہ ہونے کی صورت میں مبرز سے لیکر قید الشفرین (fourchette) تک سطح جلد کا اوسط طول ۱ ۱/۲ انچ ہوتا ہے۔

مباہ

(THE URETHRA)

عورت میں مباہ ایک چھوٹی سی قنال ہوتی ہے جو ۱ ۱/۲ انچ لمبی ہوتی ہے۔ یہ منفرد اور عنق مشابہہ پر کسی قدر مضیق ہوتا ہے، اور تقریباً دو کی شکل ہوتا ہے (دیکھو شکل ۱)۔ اس کا عمومی رخ شیچے کی اور آگے کی طرف کو ہوتا ہے، اور یہ کسی قدر آگے کی طرف کو خمیدہ ہوتا ہے۔ اس کا زیرین دو تہائی حصہ مہبل کی مقدم دیوار سے قریبی علاقہ رکھتا ہے، گویا بافت کا ایک ہی دبیر طبقہ مباہ کے

60 درونہ کو مہل کے درونہ سے علیحدہ کرتا ہے۔ ان کے بالائی ایک تہائی حصوں کے درمیان خلوی یافت



شکل ۶۴۔ ۱۔ بار تقوینی غدہ۔ ۲۔ بار تقوینی قنات۔ ۳۔ فرج کی شمی یافت۔
 ۴۔ داخلی حیاتی شریان کی شاخیں جو مری کی اسی شریان کی متنظر میں جوصلہ کو جاتی ہے۔
 ۵۔ در نشاندہ ناکہ جو خوردبینی شریکہ کی حقیقی جسامت کو ظاہر کرتا ہے۔

کی ایک دھیلی ڈھالی تہ حاصل ہوتی ہے جس کی وجہ سے یہ دونوں بذریعہ کند تقطیع ایک دوسرے سے آسانی علیحدہ کئے جاسکتے ہیں۔ مباہ بلحاظ ساخت عضلی، سخت مخاطی، اور مخاطی طبقتوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ عضلی طبقہ سادہ عضلہ پر مشتمل ہوتا ہے جو دو تہوں میں مرتب ہوتا ہے جن میں سے بیرونی تہ مدور اور اندرونی طولی ہوتی ہے۔ علاوہ ازیں بعض ماہرین نشریح کے نزدیک مخطط عضلہ کی ایک خارجی تہ بھی موجود ہوتی ہے جو مہبل کے عضلات عاصروں سے مشقوت ہوتی ہے۔ اس سے مباہی عاصروہ (urethral sphincter) بنتا ہے۔ یہ مثانہ کی گردن پر نہایت نمایاں ہوتی ہے جہاں اس کا اصلی عاصریہ فعل بروئے کار آتا ہے۔ یہ امر ان جراحی طریقہ ہائے کار میں کسی قدر اہمیت رکھتا ہے جن میں مباہ کو کھینچا جائے یا اس میں شکاف دیا جائے۔ سخت مخاطیہ نہایت کثیر العروق انصالی بافت پر مشتمل ہوتا ہے

61



شکل ۴م۔ بارہتھلین کے قدام میں سے متغرض تراش جو ستونی سرعہ سے استرشد اینڈینا کو ظاہر کرتی ہے۔ تغرض یا عنقودی ترتیب تراش میں دکھائی دیتی ہے۔ قنات کی شانوں کا استر قصیر القامت کعبی سرعہ سے بنا ہے جو قنات کی ابتداء کے قریب قشری ہو جاتا ہے۔

جس میں مجکدار ریشوں کی نسبت ایک بڑی مقدار موجود ہوتی ہے۔ اس میں مہالی غدود کے گہرے حصے بھی واقع ہوتے ہیں۔ غشائے مخاطی میں کئی ایک طولی شکن پائے جاتے ہیں، اور یہ طبقہ دار سرحد پر مشتمل ہوتی ہے جو براہ راست تحت مخاطیہ پر مشتمل ہوتا ہے۔ سطحی خلیے مہالی قنال کی انتہاؤں کے نزدیک فشری ہوتے ہیں، اور اس کے وسط میں ستونی گہرے خلیے شروع سے بیکر اخیر تک کبھی ہوتے ہیں، اور سطح سے زاویہ قائمہ پر مترتب ہوتے ہیں۔ مہال میں کثیر التعداد غدود پائے جاتے ہیں۔ یہ مہال کے گرد پائے جاتے ہیں (گرد مہالی: peri-urethral)، اور منقذ کے قرب و جوار میں ان کی تعداد سب سے زیادہ ہوتی ہے۔ ان میں سے اکثر مرکب عنقودی غدود ہوتے ہیں جو ایک مجرذ قنات کے ذریعہ سے مہالی مخاطیہ پر کھلتے ہیں۔ ان کے گہرے حصوں کا استر ستونی سرحد کا ہوتا ہے۔ منقذ کے نزدیک قناتیں اکثر اوقات متسع ہوتی ہیں، اور ان سے مرئی طاقے (crypts) بن جاتے ہیں۔ ان غدود کا ایک خاص طور پر بنو یافتہ جوڑا جو مہال کے فرش پر فتحہ کے عین اندر کھلتے ہیں سکین کے ابلیسیات (Skene's tubules) کے نام سے موسوم ہے۔ بلحاظ شکلیات گرد مہالی (peri-urethral glands) مرد کے غدود قدیمیہ (prostate) کے مشابہ ہیں۔

مہال کا ایک اہم امتیازی خاصہ اس کی اتساع پذیری ہے، اور یہ خاصہ زیادہ تر اسکی دیواروں میں بہت سی یعنی بافت اور مخاطیہ میں طولی شکنوں کے موجود ہونے کے باعث پایا جاتا ہے، جو دوران اتساع میں منکس ہو کر غشائی خارجی سطح کو وسیع کر دیتے ہیں جس حد تک مہال بغیر دریدگی کے متسع کیا جاسکتا ہے اس کے مختلف اندازے کئے گئے ہیں۔ یہ حدود ۳۰ تا ۴۰ ملی میٹر (تقریباً ۱ تا ۱.۵ انچ) ہے۔

مثانہ

62

(THE BLADDER)

مثانہ کے دائمی انقباض اور انبساط کی وجہ سے اس کی وضع اور اس کے تعلقات میں مسلسل تغیر نمودار ہوتا رہتا ہے۔ جنین اور چھوٹے بچوں میں یہ بالکل ایک شکلی عضو ہوتا ہے (دیکھو شکل ۸۴) اور اس کی شکل نکلے کی سی ہوتی ہے، اور یہ اوپر کی طرف کا ورم ہوتا ہوا مریط (urachus) سے مل جاتا ہے، اور نیچے کی طرف اس طرح مہال سے جالتا ہے۔ جو انوں میں خالی ہونے کی حالت میں یہ بالکل ایک حوضی عضو ہوتا ہے۔ طبعی حدود کے اندر اندر متمدن ہونے کی

صورت میں یہ بالخصوص مقدم ہونے اور مستوض متولیوں میں پھلتا ہے، اور جرم کو پیچھے کی طرف کو وکیل دیتا ہے، اور حوضی کہفہ کے بالائی حصہ کو چر کر دیتا ہے (دیکھو شکل ۴)۔ حد سے زیادہ متہدد ہونے پر یہ شنگی کہفہ میں پہنچ جاتا ہے، اور انتہائی حالتوں میں یہ ایک درم کی شکل اختیار کر لیتا ہے جس کا جس قسم پر سے ناف کے لیول تک کیا جاسکتا ہے۔ مثلاً نہ کی اوسط سیالی کی گنجائش جس کا جی۔ ایل۔ ہن (G. L. Hanna) نے پچیس طبعی افراد سے اندازہ کیا ہے ۳۰ سم مکعب سمر (تقریباً ۱۴ اونس) ہے۔ داخلی مبیالی دہنہ (internal urethral orifice) حوض کی گگر کے لیول سے تقریباً ۱/۴ انچ نیچے واقع ہوتا ہے۔

شکل ۱ میں خالی مثانہ علی محلہ دکھایا گیا ہے۔ یہ رحم اور انفاق عانہ (symphysis pubis) کے درمیان واقع ہے۔ اوپر کی طرف سے یہ بارلیٹوں کے اس حصہ سے پوشیدہ ہے جس سے رچی مثانی جیب (utero-vesical pouch) کا فرش بنتا ہے۔ جب جسم رحم پیش گردیدہ ہوگا، تو مثانہ پر پڑا ہوتا ہے۔ شکل ۲ میں جو مثانہ دکھایا گیا ہے اس میں ابھی تہہ و شروع ہوا ہے۔ رچی مثانی جیب کا لیول اونچا ہو گیا ہے، اور مثانہ کے متعرض بعد میں جو اضافہ واقع ہوا ہے وہ اس سے بھی زیادہ نمایاں ہے۔

صرف قاعدہ ہی مثانہ کا وہ حصہ ہے جس کی چسپیدگیاں مضبوط ہیں، 'خونی اردو' (pelvic fascia) اس کے تمام رقبہ کو سہارا دیتی ہے اور جانبین پر رافع میز (levator ani) عضلات کے عانی حصے (عانی عضلہ عصبی عضلہ: pubo-coccygeus) بھی اس کو سہارا دیتے ہیں۔ مثانہ کے قاعدہ پر کوئی باریلوں کی غلاف نہیں ہوتا، لیکن مثانہ کے خالی ہونے کی صورت میں باریلوں اس کے اطراف اور اس کے اوپر کے حصہ کو مکمل طور پر مستور کرتا ہے۔ مثانہ کا قاعدہ اگلی طرف عانہ (pubis) کی پشت سے نیچے کی طرف مہبل کی اگلی دیوار سے اور پیچھے کی طرف عنق اور حیم رحم کے مقام اتصال کے نزدیک اگلی رحمی دیوار سے علاوہ رکھتا ہے۔ ان محلات پر ڈھیلی ڈھالی خلوی بانٹ کے متوی پائے جاتے ہیں جن کی وجہ سے دورانِ علیہ میں مثانہ کا قاعدہ ہم پیلو اعضا سے باسانی علیحدہ کیا جاسکتا ہے۔ مثانہ کے اس حصہ کے تعلقات پر اس کے انقباض و اتساع کا کچھ اثر نہیں ہوتا۔ وضعِ حمل سے پیدا شدہ تضرر یا حوض کے فرش کی تشیدگی کی وجہ سے مثانہ عانی عنقی عضلات (pubo-cervicalis muscles) کے ریشوں اور رافع میز (levator ani) کے جانبی ہنڈلوں کے درمیان سے بعض اوقات مسقوط یا معقوق ہو جاتا ہے اور مہبل کی مقہم دیوار کو اپنے آگے دھکیل دیتا ہے

(مثانی قیلہ: cystocele) (دیکھو صفحہ 611, 612)۔

مثانہ کی چوٹی اور اس کی جانبوں کے تعلقات لمبا طمد و مثانہ متغیر ہوتے رہتے ہیں۔ باریطون کے جانبی انعکاسات معتد بہ حزنک مرتفع ہو جاتے ہیں جس سے مثانہ کی ہر ایک جانب کا کچھ حصہ باریطون سے مبرا ہو جاتا ہے۔ باریطونی انعکاسات پچھلی اور اگلی طرف بہت زیادہ محکم ہوتے ہیں اس لئے آگے کی طرف مثانہ اور شکمی دیوار کے درمیان اوپر پچھلی طرف مثانہ اور رحم کے درمیان ایک ایک باریطونی جیب برقرار رہتی ہے۔ مقدم باریطونی انعکاس اور دیوار شکم اور ارتفاق (symphysis) کے درمیان ایک فضا ہوتی ہے جو ڈھیلی ڈھالی خلوی بافت سے پر ہوتی ہے۔ یہ بافت عنق کی حاصر خلوی بافت سے اور حوض کی عمومی خلوی بافت سے مسلسل ہوتی ہے۔ اس فضا کا نام ریٹز نیس کا کہفہ (cavum Retzii) ہے۔ انتہائی تند کی حالت میں مقدم انعکاس کا لیوال شکمی دیوار سے ۲ انچ اوپر اٹھ جاتا ہے، لیکن اس تک باریطون کا رحم پر سے اتر جانا ناممکن ہے۔ جملہ حالات میں مہل کی مقدم دیوار کے بالائی نصف میں سے گذر کر مثانہ کے قاعدہ تک رسائی حاصل کی جاسکتی ہے۔

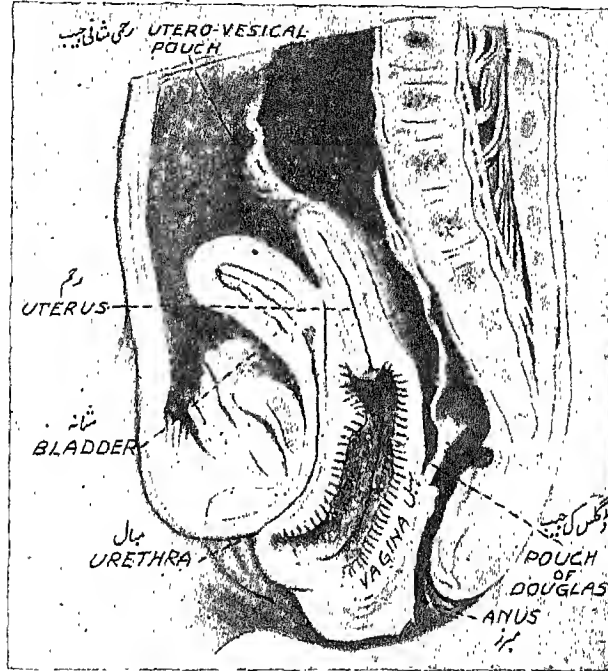
مثانہ کی دیوار استر، سخت مخاطی، اور عضلی طبقتوں پر مشتمل ہوتی ہے، اور یہ تینوں آسانی

63

تند و پذیر ہوتے ہیں۔

جب مثانہ خالی ہوتا ہے تو اس کی استری غشا میں بہت سی سلوٹیں اور شکن پائے جاتے ہیں۔ اور جب یہ متند ہوتا ہے تو بھی یہ نیچے کے عضلی ریشوں کی ستونی ترتیب کے باعث شکن دار معلوم ہوتا ہے۔ بہر کیف مثانہ کے قاعدہ کا ایک حصہ انقباض اور انبساط میں ہموار رہتا ہے، اس کی شکل مشدق ہوتی ہے، آگے کی طرف یہ مہالی روزن (urethral aperture) اور پیچھے کی طرف پرہالبی روزنوں (ureteric apertures) سے محدود ہوتا ہے۔ یہ حصہ مثلث (trigone) کے نام سے موسوم ہے۔ داخلی مہالی فتحہ سے ایک نشیب بن جاتا ہے جس کے ارد گرد غشائے مخاطی کا ایک حلقہ ہوتا ہے جس کو شمع شکن عبور کرتے ہیں۔ حالبی روزن تنگ اور ترچھی مہر اسی بھریوں کی شکل کے ہوتے ہیں جن کا رخ پیچھے سے آگے کی طرف کو اور خط وسطی کی طرف ہوتا ہے۔ ہر ایک روزن ایک چھوٹے سے سلیمہ (papilla) کی چوٹی پر واقع ہوتا ہے جو کہفہ میں ابھرا ہوتا ہے۔ ان کے درمیان سے غشائے مخاطی کا ایک تنگ ساحید (ridge) گذرتا ہے جو میان حالبینی شکن (inter-ureteric fold) کہلاتا ہے۔ مثلث (trigone) کے ہر دو اطراف پر ایک ایک اضافی جیب

ہوتی ہے جو نزد مشلتی حفرہ (paratrighonal fossa) کے نام سے موسوم ہے۔ مشانہ کے قاعدہ کا وہ حصہ جو مہال کا مبداء ہے بعض اوقات عنق مشانہ (neck of the bladder) کے نام سے تعبیر کیا جاتا ہے۔



مشکل ۸۴۔ سات سے ۸ ماہ تک کے جنین کے حوض کی سہی تراش (چیرنگ کر اس ہائپسٹل میوزیم) رحم اور مشانہ دونوں حوض کی لگر سے اوپر تک چلے جاتے ہیں۔ عنقی رحم کا طول جیم رحم کے برابر ہے۔ مہل کے شکن بہت نمایاں ہیں۔

مشانہ کا سرطہ برزخی (transitional) قسم کا ہوتا ہے، اور اس میں غدد نہیں ہوتے۔ تحت مخاطی اور اتصالی بافتیں بکثرت موجود ہوتی ہیں، مگر یہ مشلت پر نہیں ہوتیں جہاں مخاطیہ عضلی تہ کے ساتھ مضبوطی سے چسپیدہ ہوتا ہے۔ مشانی عضلہ تین تہوں میں مترتب ہوتا ہے۔ بیرونی طوی اندرونی مدور، اور وسطی مشانہ۔

مٹانہ کی دیوار بہت کثیر العروق ہوتی ہے، اور اس کے کٹ جانے یا پھٹنے پر اس سے خون بکثرت جاری ہو جاتا ہے۔ مٹانہ کی رسید خون فوقانی اور تحتانی مثانی شریانوں (vesical arteries) سے آتی ہے جو داخل حرقفی (internal iliac) کی شاخیں ہیں۔ وریدی خون واپس جانے سے پیشتر ضعیف و کم میں جمع ہو جاتا ہے۔ تحتانی مثانی ضعیفہ (inferior vesical plexus) جو مٹانہ کے قاعدہ کے ساتھ تعلق رکھتا ہے بہت بڑا ہوتا ہے، اور مٹانہ کے اس حصہ پر عملیات کرنے کے دوران میں اس سے وریدی نزف بکثرت واقع ہوتا ہے۔

حالب

(THE URETER)

عورت میں حالب (ureter) کی لمبائی اس مقام سے لیکر جہاں سے یہ کروی حوض سے نکلتا ہے اس مقام تک جہاں یہ مٹانہ میں داخل ہوتا ہے تقریباً ۱۲ انچ ہوتی ہے۔ اپنے ممر کے پہلے حصہ میں یہ عضلہ خضریہ (psaos muscle) پر واقع ہوتا ہے، اور باریکوں کے پیچھے سے نیچے کی اور اندر کی طرف کو گذر کر حوض کی گزرنک پہنچ جاتا ہے۔ دائیں حالب کی وسطانی جانب تحتانی ورید اجوف (inferior vena cava) سے تعلق رکھتی ہے، اور بائیں کی نزولی اور طہ سے۔ ہر ایک حالب پہلے اپنی متناظر بیضی شریان کی باہر کی جانب واقع ہوتا ہے، مگر بعد میں یہ اس کو عبور کر جاتی ہے۔ حوض کی گزرنک پر حالب یا تو مشترک حرقفی عروق کو عبور کرتا ہے، یا خارجی حرقفی عروق کو (بالعموم یہ قبل الذکر ہی کو عبور کرتا ہے) اور نیچے کی طرف جاکر ور کی شوکہ (ischial spine) سے نصف انچ اوپر تک پہنچ جاتا ہے۔ ممر کے اس حصہ میں یہ بیضی حفرہ (fossa ovarica) سے وسطانی تعلق رکھتا ہے، اور داخلی حرقفی شریان (internal iliac artery) کو عبور کرتا ہے۔ لہذا جب بیض اپنے مناسب تشریحی مقام پر ہوتا ہے تو حالبی قنال اس سے خارجی علاقہ رکھتی ہے۔ اس کے بعد یہ حوض کی موخر جانبی دیوار پر باریکوں کے پیچھے سے نیچے کی اور آگے کی اور اندر کی طرف کو سفر کرتا ہوا متناظر ربا با عریض کے قاعدہ تک پہنچ جاتا ہے۔ یہاں اس کو رجی شریان عبور کرتی ہے، اور یہ اس شریان کو رجی وریدوں کے ضعیفہ سے علیحدہ کر دیتا ہے۔ اب اس کا رخ آگے کی طرف کو مٹانہ کے قاعدہ کی طرف ہوتا ہے، اور عنق رحم سے یہ ۳۔۵ انچ کے فاصلہ پر ہوتا ہے۔ اپنے ممر کے اس حصہ میں ہر ایک حالب ایک لیفی قنال میں واقع ہوتا ہے جو حوضی ردائے انفصالی بافتی عناصر کے تقسیم ہو جانے سے بنتی ہے۔ یہاں یہ وسطی

مثنائی شریان (middle vesical artery) سے تعلق رکھتا ہے، اور اکثر ایس (S) کی شکل کا ایک خم بناتا ہے جس کا انحذاب اوپر کی طرف ہوتا ہے اور پھر یہ آگے کی اور اندر کی طرف کو جا کر مثلاً پر مشانہ کی دیوار میں سے ترچھے رخ میں گزر جاتا ہے۔

جہاں حالبین مشانہ میں داخل ہوتے ہیں وہاں ان کے درمیان $\frac{1}{4}$ تا $\frac{1}{2}$ انچ کا فاصلہ ہوتا ہے اور یہ مہبل کی محراب سے ایک قریبی تعلق رکھتے ہیں۔ یہ امر واقعہ ہے کہ جب حالب کا یہ حصہ التهاب سے دباؤت یافتہ ہو جائے، یا اس میں حصبات موجود ہوں تو براستہ مہبل اس کا جس آبائی کیا جا سکتا ہے۔ یہ پہلے کہا جا چکا ہے کہ باباں حالب و ایس کی نسبت مہبل سے زیادہ قریب ہوتا ہے۔ بلحاظ ساخت حالب عضلی، زیر مخاطی، اور سرعلی طبقات پر مشتمل ہوتا ہے۔ عضلی ریشہ تین تہوں میں مرثب ہوتے ہیں، بیرونی طولی، وسطی مدور، اور اندرونی طولی۔ زیر مخاطی تہ عروق دار ہوتی ہے، اور اس میں حالب کی دیواروں کے خدادسان عروق موجود ہوتے ہیں۔ استری سرکہ یعنی قنم کا ہوتا ہے۔ حالب میں ایک معتد بہ حد تک تمدد واقع ہو سکتا ہے، جیسا کہ اس وقت ظاہر ہوتا ہے جب کہ اس کے زیریں سرے پر جزوی میکانی تسد موجود ہو۔ حالب کے تشریحی تعلقات حوض کی جراحی میں بلاشبہ معتد بہ اہمیت رکھتے ہیں۔ چونکہ یہ رحمی شریان اور عنق الرحم کے قریب ہوتا ہے اس لئے رحم براری (hysterec-tomy) کے عمل کے دوران میں اس کے کاٹے جانے یا باندھے جانے یا کوئٹہ ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ جب حالب کو ایسے عملوں کے دوران میں ایک وسیع حد تک بلا ضرورت معر کر لیا جاتا ہے تو اس کے تغذیہ میں نقص واقع ہو جاتا ہے جس سے اس میں اغشاث (sloughing) پیدا ہوتا ہے، اور عاجی مہبل ناسور بن جاتا ہے۔

حوض کے عروق خون

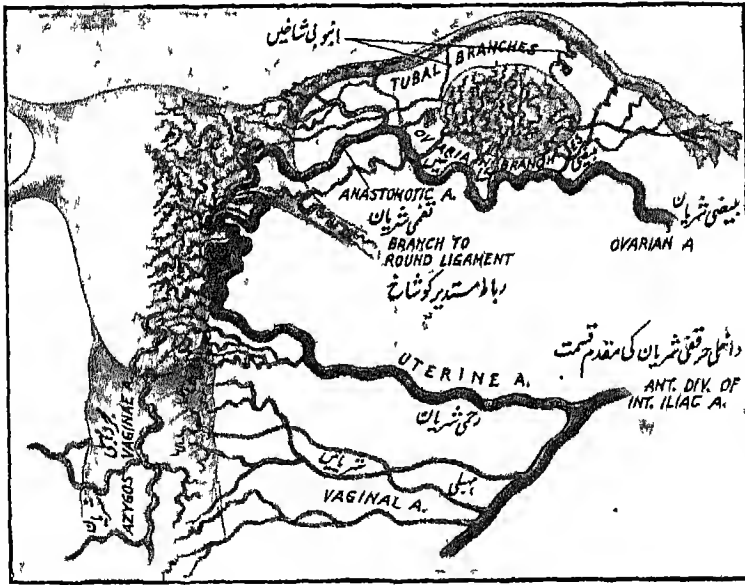
(PELVIC BLOOD-VESSELS)

عروق خون۔ تناسلی اعضا کی شریانی رسد مندرجہ ذیل عروق سے حاصل ہوتی ہے جو اوپر سے نیچے کی طرف کو شمار کئے گئے ہیں:-

۱۔ بیضی شریان (ovarian artery) جو شکمی اور طہ (abdominal

(aorta) یا کلوی شریان (renal artery) سے نکلتی ہے۔

- ۲۔ رحمی شریان (uterine artery) جو داخلی حرقی (internal iliac) کی مقدم قسم سے نکلتی ہیں۔
- ۳۔ مہلی شریانیں (vaginal arteries) (۳ یا ۴)
- ۴۔ داخلی حیالی شریان (internal pudic artery)
- بیضی شریان غوض میں اس کی پچھلی طرف سے عجزی حرقی جوڑ (sacro-iliac joint) کے نزدیک داخل ہوتی ہے، اور غالب کو سامنے سے ترچے رخ میں عبور کرتی ہوئی عیض (infundibulo-pelvic fold) میں پہنچ جاتی ہے (دیکھو شکل ۵ و ۲)۔

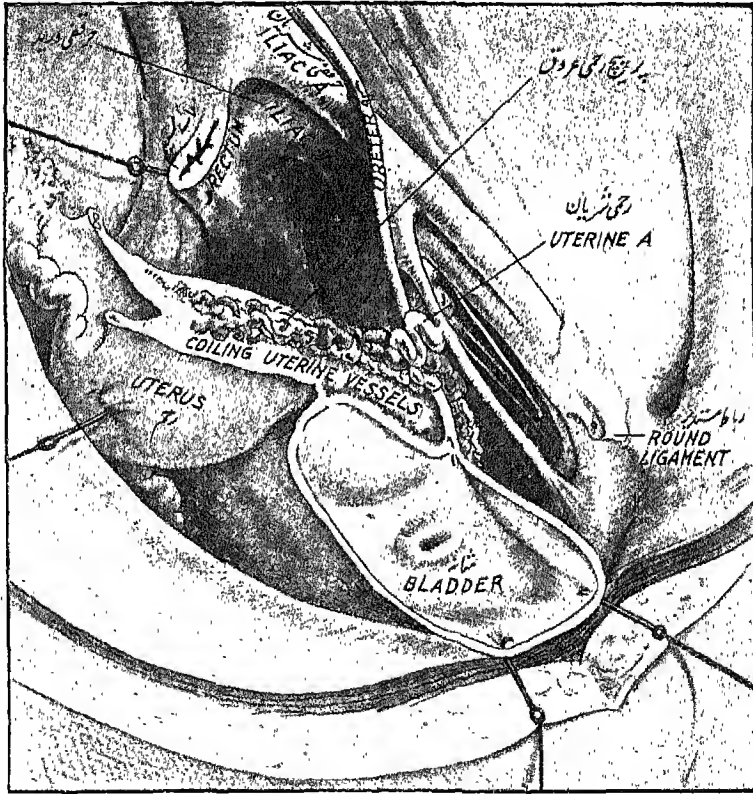


شکل ۳۹۔ رحم اور مہلی کی شریانی رسد خون (ہس)۔

عیض رباط کے بالائی حصہ (ماسا ریتھائے انوبہ: mesosalpinx) کی تہوں کے درمیان یہ اندر کی طرف کو رخ کر لیتی ہے، اور قرن الرحم تک چلی جاتی ہے۔ اس حصہ میں اس سے بہت سی شاخیں نکلتی ہیں جو بیض اور فلوپی تلی اور رباط مستدیر کو رسد بہم پہنچاتی ہیں (دیکھو شکل ۴۹)۔ قرن الرحم کے نزدیک یہ رحمی شریان کی انتہائی شاخوں سے تقلم کرتی ہے۔ اور اس کے ساتھ دو یا اس سے زائد رفیق وریدیں بھی ہوتی ہیں جو معاون وریدوں کے ذریعہ سے آزادانہ ربط و راہ ہوتی ہیں۔

رحمی شریان - یہ داخلی حرقنی (internal iliac) کی مقدم شاخ ہے۔ اس کا اور منطس زیر معدی (obliterated hypogastric) شریان کا تنایا تو مشترک ہوتا ہے اور یہ ایکلی ہی نکلتی ہے، مگر مؤخر الذکر حالت زیادہ نادر الوقوع ہے۔ یہ حوض کی جانبی دیوار کے نزدیک رباط عرضی کے قاعدہ میں داخل ہوتی ہے، اور کثیر المقدار خلوی بافت میں سے ترچھے رخ میں آگے کی اور اندر کی طرف کوہیل کے جانبی قبوہ پر سے گزرتی ہوئی فم داخلی کے بول پر رحم کی جانب تک پہنچ جاتی ہے۔ یہاں پہنچنے سے

66



شکل ۵۰۔ بائیں عریض رباط کی تقطیع جو رحمی شریان اور جانبی تعلق کو ظاہر کرتی ہے (دیکھیے)۔

ذرا قبل یہ غالب کے اوپر سے ترچھے رخ میں گذرتی ہے (دیکھو شکل ۵۰ و ۵۱)۔ اس مقام سے اصلی شریان دفعۃً اوپر کی طرف کو مڑ جاتی ہے، اور دیوار رحم کے عین ساتھ ساتھ اوپر کی جانب کو پھڑپھڑاتی ہے۔

اصلی تنے سے کئی ایک شاخیں یکے بعد دیگرے زاویہ قائمہ پر نکلتی ہیں جن میں سے بعض رحم کی اگلی سطح اور بعض اس کی پچھلی سطح پر سے گزرا کر شریان مقابل کی متناظر شاخوں سے وسطی خط پر نغم کرتی ہیں (دیکھو شکل ۴۹)۔ ان شاخوں میں سے جو شاخ پہلے نکلتی ہے وہ نسبتاً بڑی ہوتی ہے، اور مقابل کی رفیق شریان کے ساتھ ملنے سے یہ عروق کی دائری شریان (circular artery of the cervix) بناتی ہے۔ رحمی شریان کا انتہائی حصہ قرن الرحم کے نزدیک اپنی تقیمی شاخ کے ذریعہ سے بیضی شریان سے تقسیم کرتا ہے۔ رحمی شریان کے اس حصہ کے ساتھ شروع سے اخیر تک کئی ایک رفیق وریدی ہوتی ہیں۔ رابطہ عریض میں ایک بڑا وریدی ضغیر (سکناضغیرہ pampiniform plexus) بن جاتا ہے جس کی سیسلیت بیضی وریدی کرتی ہیں۔ نیچے کی جانب اس کو مثانی اور باسوری (haemorrhoidal) وریدی ضغیروں سے رابطہ حاصل ہوتا ہے۔

بیضی اور رحمی ہر دو شریانوں اور ان کی شاخوں کی گزرا گاہ مرغولی یا پیچیدہ ہوتی ہے، اور یہ ان عروق کا ایک بہت نمایاں خصوصی وصف ہے (دیکھو شکل ۴۹)۔ اسی خصوصیت کی وجہ سے ان میں جلد ہی طوالت پیدا ہو جاتی ہے جو دوران حمل میں رحم کی فعلیاتی کلانی کے لئے درکار ہوتی ہے۔ اور نیز اسی سے عروق اس سر مریخ تراکماش کے بعد جو وضع حمل کے بعد واقع ہوتا ہے پیچیدگی کی طبعی حالت پر واپس آ جاتے ہیں۔

67

مہلی شریانیں (vaginal arteries) (دیکھو شکل ۴۹) داخلی قحفی شریان کی مقدم سمت سے رحمی شریان کے نیچے نکلتی ہیں۔ بعض اوقات ان میں سے ایک شریان رحمی شریان یا وسطی باسوری شریان (middle haemorrhoidal artery) سے براہ راست نکل آتی ہے۔ یہ شریانیں مہبل کے بالائی سرے کے نزدیک اس کے اطراف تک پہنچ کر بے قاعدہ طور پر شاخوں میں منقسم ہو جاتی ہیں جو عام طور پر مہبل کو عبور کر جاتی ہیں۔ کبھی کبھی ایک اور شریان بھی موجود ہوتی ہے جو مجرد مہلی (azygos vaginae) کے نام سے موسوم ہے۔ اس شریان کا کچھ حصہ عروق کی دائری شریان سے اور باقی حصہ مہلی شریان کی بالائی شاخوں سے نکلتا ہے۔ ادنیہ خط وسطی کے ساتھ ساتھ مہبل کی اگلی اور پچھلی دونوں طرفوں پر سے گذرتی ہے۔ تقیم مذکور کے علاوہ مہلی قبووں کے خطوں پر رحمی شریان کی شاخوں کے ساتھ کئی ایک رابطہ براہ راست پیدا ہو جاتے ہیں۔ مہلی وریدی باسوری (haemorrhoidal) اور مثانی ضغیروں سے آزادانہ رابطہ وراہ رکھتی ہیں۔

داخلی حیاتی شریانیں (internal pudic arteries) جو داخلی حرقشی شریانوں کی مقدم قسمت کی شاخیں ہیں ان حصوں کو دہوی رسد بہم پہنچاتی ہیں جن سے فرج اور عجان جانی جسم بنتا ہے۔ عرق کا تناعانی محراب (pubic arch) کی کور کے نیچے گہرا واقع ہوتا ہے اور اس سے کئی ایک شاخیں نکلتی ہیں۔ ان میں سے دو اہمیت رکھتی ہیں: (۱) ایک بڑی شاخ جو فرج کے پچھلے حصہ تک پہنچتی ہے اور بارہ تصویبی غدہ کو رسد بہم پہنچاتی ہے (دیکھو شکل ۴۶ ص ۵)۔ یہ شاخ مرد کی شریان بصلہ (artery to the bulb) کی نمونہ ہے۔ (۲) ایک مقدم انتہائی شلخ جو بظرا اور دبیز (vestibule) کو رسد بہم پہنچاتی ہے۔ یہ شریان بظہر (artery to the clitoris) کے نام سے موسوم ہے شکل (۴۵ ص ۶)۔ رفیق دریدیں کثیر التعداد ہوتی ہیں، اور ان میں بعض اسفل باسوری (inferior hæmorrhoidal) میں اور بعض اسفل مثانی ضفیروں میں جاتی ہیں۔ دوران حمل میں اکثر اوقات سطحی شغری شاخوں میں عظیم الجسامت دواہیت پیدا ہو جاتی ہے۔ فرج کے گرد اگر دہیت کثیر العروق انتصاب پذیر بافت کا تقریباً ایک مکمل حلقہ موجود ہوتا ہے۔ یہ بافت دو ہلالی شکل جانی تو دوں میں مترتب ہوتی ہے جو مہیلی بصلوں (vaginal bulbs) کے نام سے تعبیر کئے جاتے ہیں (دیکھو شکل ۴۵ ص ۶)۔ عمیق مستعرض عجانی شریان (deep transverse perineal artery) اور شریان بظہر ان کو رسد بہم پہنچاتی ہیں۔ فرج کی گہری دریدگی سے شدید نزوف واقع ہونے کا اندیشہ ہوتا ہے کیونکہ یہ حصے بہت کثیر العروق ہوتے ہیں۔

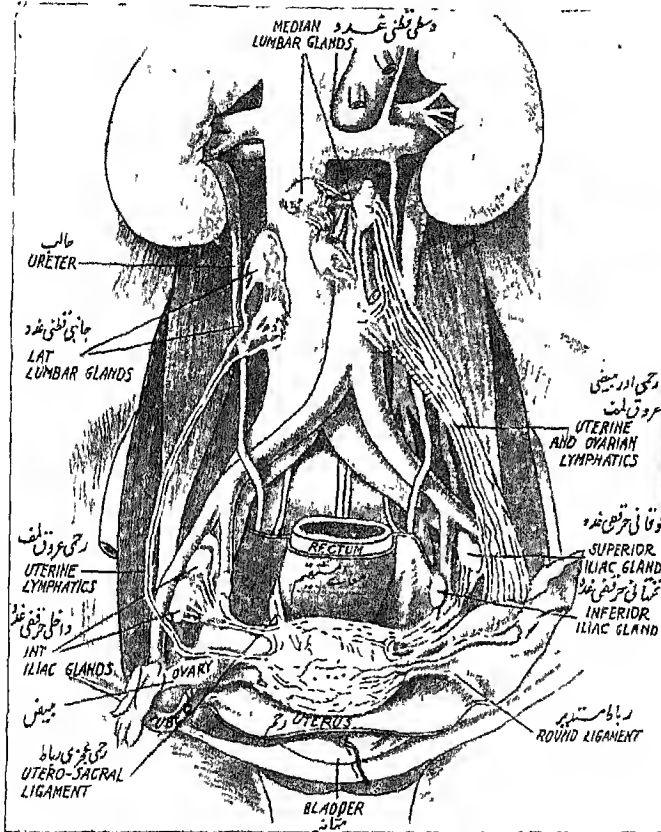
حوض کے عروق لُف

(THE LYMPHATICS OF THE PELVIS)

تناسلی خطہ کے اکثر عروق لُف غدہ کے چند سلسلوں میں خالی ہوتے ہیں جو گہرے واقع ہوتے ہیں۔ ان میں سے پہلا حرقشی (iliac) یا زیر معدی (hypogastric) سلسلہ ہے جو دو گروہوں پر مشتمل ہوتا ہے، یعنی فوقانی، جس میں سے اکثر غدہ اس زاویہ میں واقع ہوتے ہیں جو مشترک حرقشی شریان (common iliac artery) کی دو شاخوں سے بنتا ہے، اور چند غدہ خاجی حرقشی عرق (external iliac vessel) پر پڑے ہوئے پائے جاتے ہیں، اور تحتانی، جو

رحمی شریان کے علاقہ میں زیرین لیول پر واقع ہوتا ہے (دیکھو شکل ۵۱)۔ اور دوسرا غدد کا قطنی سلسلہ ہے جو شکلی اور طہ کے حصہ زیرین اور تحتانی ویدراجوف (inferior vena cava) پر واقع ہوتا ہے۔

68

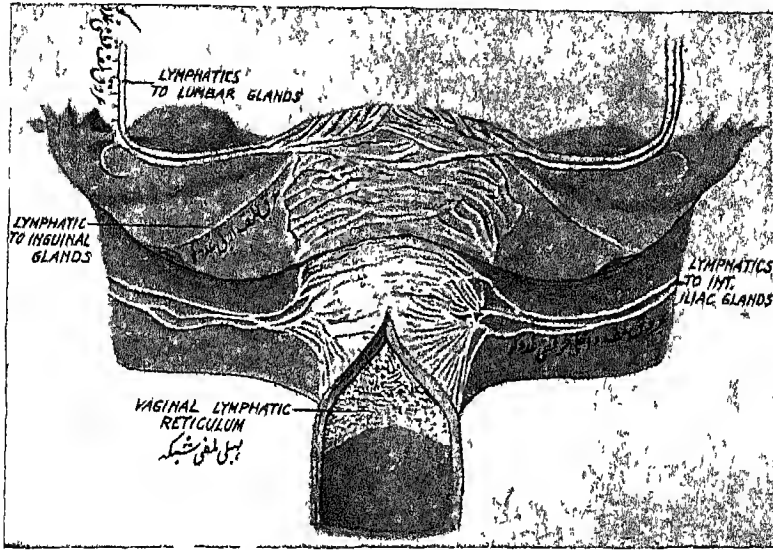


شکل ۵۱۔ زنانہ داخلی صغی اعضا کے عروق لُف کا عمومی منظر (پوائے ریئر)۔

یہ سلسلہ ایک وسطی اور دو جانبی گروہوں پر مشتمل ہے (دیکھو شکل ۵۱)۔ دوسرے غدد جن میں تناسلی عروق لُف داخل ہوتے ہیں عجزی (sacral) گروہ کے غدد ہیں، اور ایک یا دو دیگر منفرد غدد بھی ہیں جو معائے مستقیم اور مہبل کے درمیان واقع ہوتے ہیں۔ سطحی غدد میں سے سطحی اربی غدد (superficial inguinal glands) کا جوئیں ران میں واقع ہوتے ہیں صرف فوقانی گروہ ہی

ایسا ہے جو حوضی اعضا سے عروق لمف وصول کرتا ہے۔ لہذا غدود لمف کی جو کلاسیاں مرض سے پیدا ہوتی ہیں وہ سریری امتحان سے شناخت نہیں کی جاسکتیں مگر تناسلی خطہ کے بعض رقبہ جات کے غدود اس امر سے مستثنیٰ ہیں۔

بیض اور غلوپی ملی کے عروق لمف عروق کے کئی ایک تنوں کی شکل میں جمع ہو جاتے ہیں

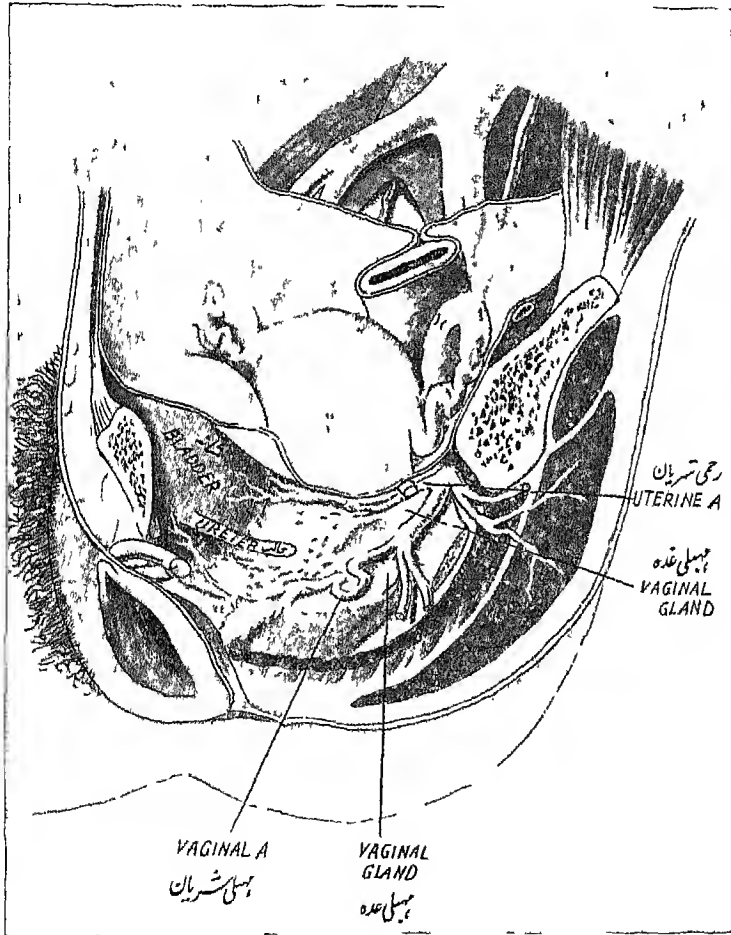


شکل ۵۲۔ رحمی عروق لمف (پوآ سے ریٹر)۔

جو بیضی شریان اور وید کے ساتھ ساتھ چلتے ہیں، اور اپنی ک رفاقت میں رباط عولیس سے علاحدہ ہو جاتے ہیں (دیکھو شکل ۵۱)۔ یہاں سے یہ حالب کے سامنے کی طرف سے حوض کی گھر کے اوپر سے گذر کر اوپر کی طرف کو چلے جاتے ہیں، اور آخر کار قطنی غدود کے جانبی گروہ سے مل جاتے ہیں۔ ان غدود کا بایاں گروہ اور طہ پر اور دایاں سمتانی وید اجوف (inferior vena cava) پر واقع ہوتا ہے۔

69 جو لمفی تنے رحم سے نکلے ہیں ان کا ممر اتنا سادہ نہیں ہوتا۔ قعر کے اور جسم رحم کے دیگر حصوں کے عروق کے تنے سے دو یا تین بڑے بڑے لمفی عرق تھے طیار ہو کر بیض کے نیچے سے باہر کی جانب کو چلے جاتے ہیں، اور اپنے ہم طرف بیضی عروق لمف کی رفاقت میں اسی طرف کے قطنی غدود کے

راسی گروہ تک پہنچ جاتے ہیں (دیکھو شکل ۵۲)۔ قعر سے ایک اور چھوٹا سافلی تناسل کر متدیر کے ساتھ ساتھ آگے کی طرف کو چلا جاتا ہے۔ اور شکی کہفہ سے داخلی شکی مطلقہ (internal abdominal ring) سے باہر نکل کر آخر کار سطحی اربی غدد (superficial inguinal glands)



شکل ۵۳۔ بہیل کے عروق لطف اور وہ غد جن میں یہ داخل ہوتے ہیں (پوائے ریئر)۔

کے فوقانی گروہ سے جاملتا ہے۔ عنق کے عروق لطف تین یا چار بڑے بڑے تنوں میں جگہ ہو کر رہا ہوا ہے۔

زیریں حصہ میں باہر کی جانب چلے جاتے ہیں، اور داخلی حرقفی (internal iliac) سلسلہ غدو کے فوقانی گروہ سے جاملتے ہیں (دیکھو شکل ۵۱)۔ اس گروہ تک پہنچنے سے پیشتر ایک چھوٹا سا غدہ رباط عرق کے قاعدہ میں عسقی مہبلی مقام اتصال کے لیول پر پایا جاتا ہے۔ ایک چھوٹا سا لمبی عرق رجمی عجزی رباط (70) (utero-sacral ligament) میں بھی ملتا ہے جو عجزی غدود (sacral glands) سے جاملتا ہے۔ رجم، بیض، اور فلوپی نی کے عروق لمف کے درمیان آزادانہ تقسیم پایا جاتا ہے، نیز یہ عروق لمف کے ساتھ بھی متغصم ہوتے ہیں جو قرب وجوار کے حوضی اعضا اور مہبل سے آتے ہیں۔

جیسا کہ پوائے ریئر (Poirier) نے بیان کیا ہے، مہبلی عروق لمف تین گروہوں پر مشتمل ہیں۔ فوقانی گروہ کے بعض عروق لمف عسقی کے عروق سے مل جاتے ہیں، اور داخلی حرقفی غدود (internal iliac glands) کے فوقانی گروہ میں چلے جاتے ہیں، اور بقیہ اسی سلسلہ غدود کے تحتانی گروہ میں براہ راست پہنچ جاتے ہیں۔ وسطی مہبلی عروق لمف بھی داخلی حرقفی غدود کے تحتانی گروہ سے جاملتے ہیں، لیکن ایک یا دو چھوٹے چھوٹے تنے ان دو غدود تک پہنچ جاتے ہیں جو معائے مستقیم کی ہر دو جانب پر واقع ہوتے ہیں۔ ان غدود کو فوقانی باسوری غدود (superior hæmorrhoidal glands) سے ربط حاصل ہوتا ہے (شکل ۵۲)۔ پوائے ریئر (Poirier) کے مطابق تحتانی مہبلی عروق لمف بھی جو پردہ بکارت کے لیول تک کے حصوں کا لمف لے جاتے ہیں داخلی حرقفی سلسلہ کے تحتانی گروہ میں خالی ہوتے ہیں۔

جملہ فرجی عروق لمف جن میں پردہ بکارت کے عروق لمف بھی شامل ہیں سطحی اربی سلسلہ (superficial inguinal chain) کے فوقانی گروہ سے جاملتے ہیں۔ ہر دو اطراف کے عروق میں آزادانہ طور پر باہمی تقسیم موجود ہوتا ہے، جس سے فرج کے کچا جانی یا وسطی ضرر سے غدود کے دونوں سلسلہ جات کے سرشت زدہ ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔

زنانہ حوضی اعضا کی تعصیب

(INNERVATION OF THE FEMALE PELVIC ORGANS)

عورت میں جو اعصاب تناسلی اعضا کو رسد پہنچاتے ہیں وہ زیادہ تر مشار کی عصبی نظام سے آتے ہیں۔ نزد مشار کی نظام (para-sympathetic system) کا قائم مقام صرف

حوضی عصب ہی ہوتا ہے، جو جو تھے اور پانچویں عجزی کی مقدم ابتدائی قسمت سے حاصل شدہ چند ریشوں پر مشتمل ہوتا ہے، اور گاہے گاہے اس میں تیسرے عجزی تنوں کے ریشے بھی پائے جاتے ہیں۔ حوضی اعصاب میں خود آئین اعصاب (autonomic nerves) کا جو تفرع ہوتا ہے اس کا بیان ڈیہل (Dahl) نے دیا ہے، اور حال ہی میں اسے کنٹز (A. Kuntz) نے بھی اس کا تذکرہ کیا ہے۔

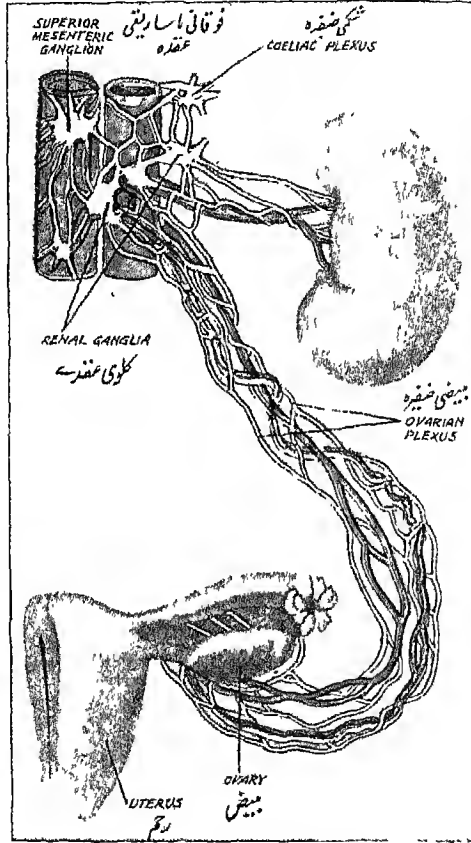
بیض (Ovary)۔ ڈیہل کے مطابق بیض کی بیشتر عصبی رسد بیضی ضفیہ سے آتی ہے جو بیضی شریان کا رفیق ہوتا ہے اور جس کے ریشے اور طی اور کلوی ضفیروں سے آتے ہیں (دیکھو شکل ۵۳-۵۴)۔ کنٹز کا یہ بیان ہے کہ ان بسنڈلوں میں سے بہتوں کا تعاقب بیضی ضفیہ سے کیا جاسکتا ہے جو بیضی شریان کی ابتدا پر واقع ہوتا ہے۔ اس عقدہ کی وساطت سے بیضی ریشے شکمی (coeliac) اور فوقانی ماساریقی (superior mesenteric) عقود سے ربط و راہ رکھتے ہیں۔ جو عصبی ریشے بیضی عروق کو گھیرے ہوئے ہیں ان سے فلوپی نلی کو بھی رشتہ جاتے ہیں، اور رحمی ضفیہ میں سے ہو کر رحم کو بھی بیض کے درآئندہ ریشے دسویں صدری عصب سے آتے ہیں۔

بیضین کی درونی تعصیب کا مطالعہ ایبل (Abel) اور مکمل رائے (Mellroy) برل (Brill) اور دوسروں نے کیا ہے۔ ان کا بیان ہے کہ عصبی ریشوں کا تفرع گرافنی جراب اوجہم صنفرتک پایا جاتا ہے اور یہ عرق اور رخنکی بسنڈلوں تک بھی پہنچتا ہے۔ کنٹز (Kuntz) اس مختص تفرع کی تصدیق نہیں کر سکا، اور وہ اس نتیجہ پر پہنچا ہے کہ اعصاب صرف عروق خون کو اور ان دوسری ساختوں کو جالتے ہیں جن میں عضد، المس موجود ہوتا ہے۔ گرافنی جراب اور رخنکی ساخت کے اعصاب میں جو تعلق ہے وہ ان رقبوں کی صرف عرق رسد کا نتیجہ ہے۔ گاہے گاہے عقدی خلیات بھی بیض میں پائے جاتے ہیں مگر یہ باقاعدہ طور پر نہیں پائے جاتے (دیکھو شکل ۲۶-۲۷-۲۸)۔

فلوپی نلی۔ فلوپی نلی کی عصبی رسد بیضی اور رحمی دونوں ضفیروں سے آتی ہے، اور اس میں مغزی اور غیر مغزی دونوں قسم کے ریشے موجود ہوتے ہیں۔ عصبی رشتوں کا ایک ارتکاز نلی کے لحمی سرے پر پایا جاتا ہے مگر اس میں کوئی عقدہ شناخت نہیں کیا جاسکا۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ اصلی عصبی رسد عقلی اور عرقی عناصر کو جاتی ہے، اور عصبی عناصر کا کوئی ایسا تفرع شناخت

نہیں کیا جاسکا جو انہونی مرحلہ کو جاتا ہے۔

رحمی مہیلی ضغیرہ (Utero-vaginal Plexus)۔ رحم کی بیشتر عصبی سر
رحمی ضغیرہ سے آتی ہے جو زیر معدی ضغیرہ (hypogastric plexus) کی ایک شاخ ہے

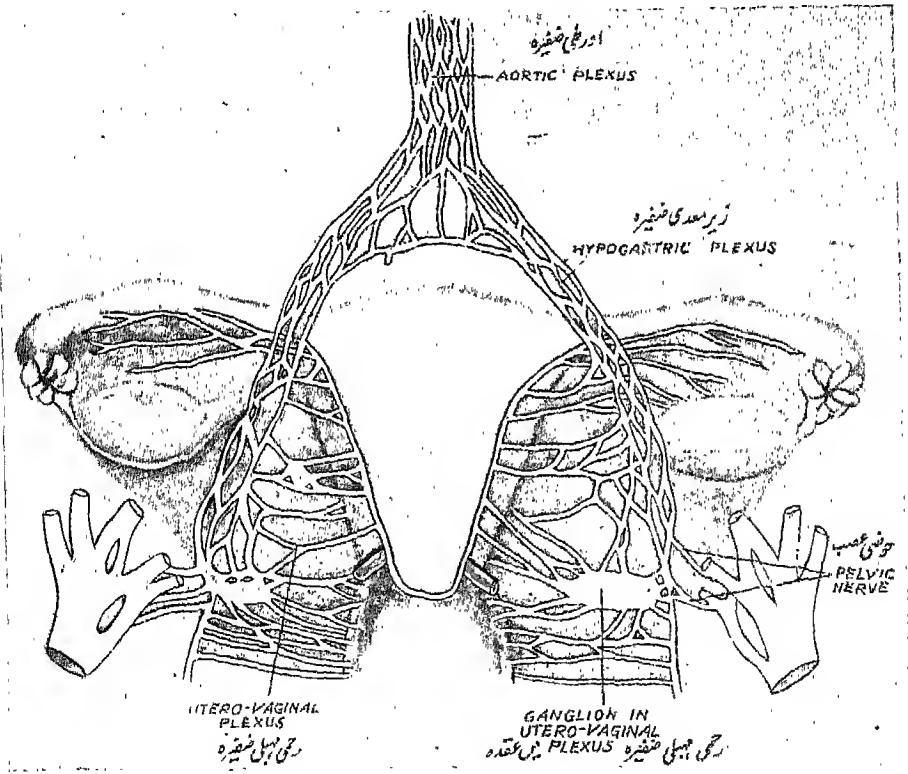


شکل ۵۴۔۔ مہیین کی تعصیب کی الٹامی توفیج (ڈیہیل کے مطابق)۔

اور مرو کے قدامی ضغیرہ (prostatic plexus) کا متناظر ہے (شکل ۵۵)۔ رحمی ضغیرہ
زیرین قطنی اور عجری مشاکی تنوں اور دوسرے تیسرے اور چوتھے عجری اعصاب سے بھی
ریشے آکر راست ملتے ہیں۔ نیچے کی طرف یہ مہیلی ضغیرہ سے اور عصبی رشتوں کے ایک کثیف تودہ سے

ملاحظہ ہوتا ہے جو زیادہ تر اُن نزد مشرقی عناصر سے مرکب ہوتا ہے جو دیوار ہائے مہبل اور مخاطیہ اور بطری کی کہنکی بات کو رسد پہنچاتے ہیں۔ بطر کو ظہری (dorsal) عصب سے بھی رسد پہنچتی ہے جو حیائی (pudendal) عصب کی ایک شاخ ہے۔

رحی مہبل خفیہ میں ایک عقدہ موجود ہوتا ہے جو نسبتاً عظیم الحسامت ہوتا ہے۔ یہ عقدہ عقدہ (cervical ganglion) کہلاتا ہے۔ اور یہ عنق الرحم کے لیول کے قریب قریب اس کی ظہری



شکل ۸۵۔ رحم اور مہبل کے برونی اعصاب کی ارتسامی توضیح (ڈیپل کے مطابق)۔

بانی طریقہ پر مہبل مقام اتصال کے بہت قریب واقع ہوتا ہے۔ بعض حالتوں میں اس مجرد عظیم الحسامت عقدہ کی جگہ چھوٹے چھوٹے عقدوں کا ایک گروہ پایا جاتا ہے جو ایک بڑے سے

عقہ دی تو وہ پر مشتمل ہوتا ہے جس میں سے رحم کو جانے والے تمام اعصاب گزرتے ہیں (شکل ۵)۔
دیوار رحم میں عصبی ریشے رحمی عضلی نظام اور عروق خون میں متفرع ہو جاتے ہیں، اور یہ
عضلی بندلوں کے متوازی جاتے ہیں۔ چند ریشوں کا دروں رحم تک بھی تعاقب کیا جاسکتا ہے، لیکن
اس امر کا کوئی ثبوت موجود نہیں کہ یہ عدد رحم کو رسد پہنچاتے ہیں۔

عورت کے حوضی احتیاج کی تعصیب پر جو تجرباتی تحقیقات حال ہی میں کی گئی ہے اس سے
یہ ثابت ہوا ہے کہ رحم اور فلپی نیوں پر مشارکی اعصاب کا اثر حرکی اور نزد مشارکی نظام کا اتنا ہی ہوتا
ہے۔ مزید برآں مضیق العروق سواقی (impulses) مشارکی ریشوں میں سے، اور موسع العروق
نزد مشارکی میں سے منتقل ہوتے ہیں۔ اسی قسم کی صورت حالات مرد میں بھی پائی جاتی ہے۔

زیر معدی اعصاب (hypogastric nerves) کا اثر رحم کے عضلی نظام پر حرکی
ہوتا ہے، اور حوضی عصب کو ہیمان پہنچانے سے رحم کے انقباض پر اتنا ہی اثر پڑتا ہے، اور عروق خون
منتسج ہو جاتے ہیں۔ مگر عصبی اثرات سے قطع نظر رحمی عضلہ میں دوسرے الماس عضلہ کی طرح متوازن
انقباض کی موروثی قابلیت موجود ہے، اور ایسے حیوانات میں وضع حمل ہوا ہے جن میں تجربہ کے طور پر
رحم کے تمام بیرونی اعصاب کاٹ دئے گئے تھے۔ انسانی موضوع کی ان مثالوں پر بھی یہی صادق آتا
ہے جن میں جبل شوکی کے ضرر سے جسم کے نیچے کے حصہ میں شلل واقع ہو گیا ہو۔

ہم (بی۔ ڈبلیو) نے یہ معلوم کیا ہے کہ ٹروپاکوئین (trapa-cocaine) سے پیدا کردہ
شوکی بے حسی درد (spinal analgesia) کے زیر اثر رحم کی مدافعتی استعداد زائل ہو جاتی ہے،
مگر رحم کے جسم اور اس کی عنق کے دائری ریشے ایک تنشی انقباض کی حالت میں رہتے ہیں۔ اس امر کی
تصدیق ایلیک بورن (Aleck Bourne) نے کی ہے۔

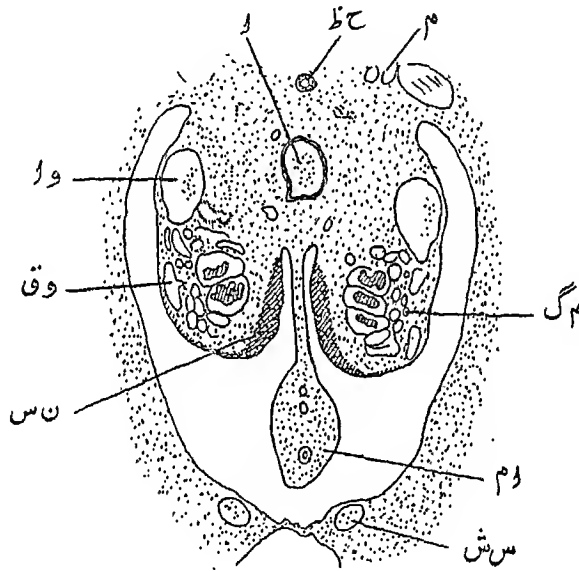
انسانی مرضی حالات میں جو درد بعید پیدا ہوتا ہے جلد پر اس کی ایک معین تقسیم ہوتی ہے
(دی کیو درسی کتب متعلقہ ”فعلیات“)۔ خارجی اعضا کو حیالی عصب (pudic nerve)
(عجزی ضغیرہ) سے، تحتانی حیالی عصب (inferior pudental nerve) سے جو
صفیر لسانی کی شاخ ہے، اور حوضی اربی عصب (ilio-inguinal nerve) سے جو قطنی ضغیرہ
کے بالائی حصہ سے آتا ہے، رسد پہنچتی ہے۔

عضلہ رافع مبرز (levator ani) اور سطحی عجمانی عضلات کو جو اعصاب رسد پہنچاتے
ہیں وہ حیالی عصب اور عجزی اور عجمعی ضغیروں سے آتے ہیں۔

زنانہ تناسلی بولی خطہ کا نمو

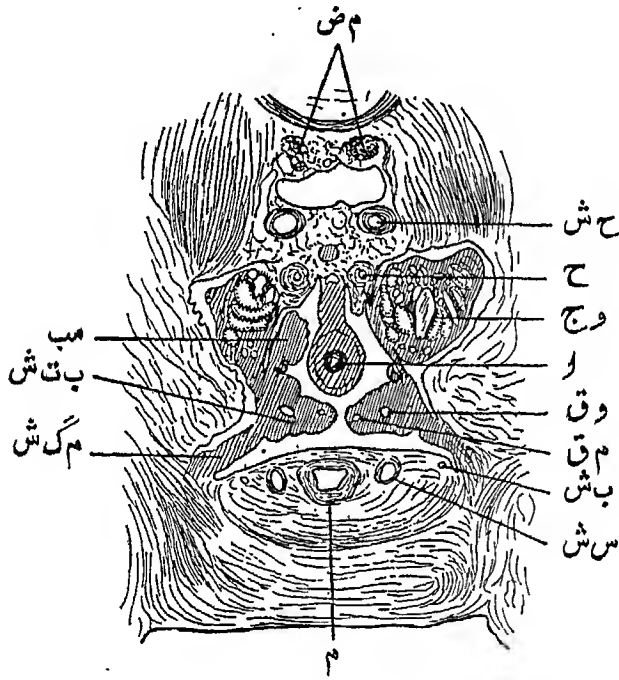
(DEVELOPMENT OF THE FEMALE GENITO-URINARY TRACT)

سیلوئی کہفہ (coelomic cavity) کی ظہری جانب اور فقری ستون کی دونوں جانبوں پر میان ناہنس (mesoblast) سے کلیہ زاحیل (nephrogenic cord) بنتی ہے



شکل ۵۶-۵۹، ۹۰، ۹۱ میٹرلیمبہ انسانی مضفہ کے خطہ شکم میں سے تراش (ٹینڈر کے مطابق)۔ ا۔ ظہری اور بلہ (ایورٹا اور سیلیس)۔ س ش۔ سری شریان (آرٹیریا اہمی کی کیلیس) ج ظ۔ حیل ظہری (کارڈاؤڈاٹاس)۔ و۔ آنت۔ وق۔ ولغی قنات۔ ن س۔ تناسلی غدہ جو نبی سر علمہ سے بنا رہا ہے۔ م۔ مشار کی ضغیر۔ (سمیچے تھینک لیکس)۔ م گ۔ میاں گروہ (میونینفرکس) معہ قنالوں اور قنبکلوں کے۔ و ا۔ وریدا جوف (وینا کیوا)۔

جس سے انسان میں تین کلیہ زرا اعضا علیحدہ علیحدہ متمیز ہوتے ہیں۔ یہ اعضا پیش گردہ (pronephros) میاں گردہ (mesonephros) اور بعد گردہ (metanephros) کے ناموں سے موسوم ہیں۔ پیش گردہ بہت ناقص انبوہ ہوتا ہے، اور ایک قنبلیک (glomerulus) اور ایک قنات پر مشتمل ہوتا ہے۔ ٹینڈلر (Tandler) کے بیان کے مطابق یہ مکمل طور پر غائب ہو جاتے ہیں۔ مگر کیتھ (Keith) کا یہ خیال ہے کہ پیش گردی قنات کے مجموعی سرے سے نفوی نلی کا فراخا (ampulla) 74



شکل ۵-۲۸۵ لی میٹر لمبے انسانی مضغہ کے خطہ حوض میں سے تراش (ٹینڈلر کے مطابق)۔ ب ش۔ برمدی شریان (آرٹیریا ایپی کیٹریکا) میں ش۔ سری شریان (آرٹیریا ایپی کیٹریکا) (م۔ متانہ۔ آ۔ آنت۔ م ق۔ ترکی قنات۔ و ق۔ ولفی قنات۔ مب۔ بیض م ض۔ اشار کی مضغہ۔ ب ق ش۔ بولی تناسلی شکن (یوروجینیٹل فولڈ) م گ ش۔ میاں گردی شکن (میونیفک فولڈ)۔ و ج۔ ولفی جسم۔ ح۔ حالب۔ ح ش۔ حرقفی شریان۔

اور شکمی دہنہ (abdominal ostium) طیار ہوتا ہے۔ دیگر مشاہدین کی یہ رائے ہے کہ ماگینی کا کیسیہ (hydatid of Morgagni) اور کوہلٹ کے انہیبیات (Kobelt's tubules) بھی پیش کردہ قنات کے آثار ہیں۔

ولفی جسم اور اس کی قنات میاں گردہ اور بعد گردہ دونوں سے طیار ہوتی ہے (دیکھو شکل ۵۶ - وق - اور ۵۷ - وج)۔ اس قنات سے ابتدائی بولی قنات (primary urinary canal) بنتی ہے۔ ولفی جسم ججی (cranial) اور ذنبی (caudal) دونوں میں منقسم ہوتا ہے۔ ججی حصہ حقیقی میاں گردہ کا اور ذنبی حصہ بعد گردہ کا متناظر ہوتا ہے۔ مونخر الذکر سے مستقل گردہ کا ایک جزو بنتا ہے اور آئندہ اس کا کچھ ذکر نہیں کیا جائیگا۔ میاں گردہ ظہری سیلوی دیوار کے باریطون کے نیچے سے ابھر اٹھتا ہے اور اس سے یہ ایک باریطونی شکن کے ذریعہ سے جو میاں گردہ می ثنبیہ (plica mesonephrica) کے نام سے تعبیر کیا جاتا ہے چپک جاتا ہے (دیکھو شکل ۵۷ - م گ ش)۔ اس شکن کے بننے کے بعد میاں گردہ کی وسطانی بطنی سطح کے سیلومی دروں (coelomic entoderm) میں نکاز شروع ہو جاتا ہے جس سے تناسلی لکیر (genital streak) پیدا ہوتی ہے۔ یہ لکیر صنفی خدہ (sex gland) (مولدہ : gonad) کی پیشرو ہے (دیکھو شکل ۵۶ - ن س)۔ میاں گردہ پہلے پہل ایک بڑا فہ ہوتا ہے، لیکن اس میں جلد ہی ذبولی تنہیز نمودار ہو جاتے ہیں اور اس طرح میاں گردی شکن کا بالائی حصہ خالی رہ جاتا ہے۔ بعد ازاں یہ بالائی خالی شکن ڈایا فرامی میاں گردہ می ثنبیہ (plica diaphragmatica mesonephrica) میں تبدیل ہو جاتا ہے (دیکھو شکل ۵۸ - ڈ م ث) جس سے انجام کار بیضی حوضی (ovaripelvic) یا قنطری حوضی (infundibulo-pelvic) شکن کا آواز کوئارہ بن جاتا ہے۔ یہ کوئارہ بیض کے تعلیق رباط (ligamentum suspensorium ovarii) کے نام سے موسوم ہے۔

ولفی نظام کے وہ حصے جو عورت میں برقرار رہتے ہیں مندرجہ ذیل ہیں: (۱) ججی یا صنفی قطعہ کے آثار (تناسلی انہیبیات : genital tubules) جو بر بیض (epoöphoron) کی شکل میں موجود ہوتے ہیں۔ یہ ایک ساخت ہے جو بیض سے مناس ہوتی ہے اور بعض اوقات جارالمی بیض (parovarium) یا عضوروز منکر (organ of Rosenmüller) کے نام سے موسوم کی جاتی ہے۔ یہ مرد کے برنخ (epididymis) کی متناظر ہے (دیکھو شکل ۵۸ - ب ط ق، ب م ق)۔ (۲) ذنبی (caudal) یا انفرازی (اولی کلوی) قطعہ کے آثار جو

جانبی بیض (paroöphoron) کی شکل میں قائم رہتے ہیں، اور بیض اور رحم کے درمیان واقع ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۵۸ - ج ۴)۔ یہ مرد کے نزدیک ریمج (paradidymis) کا قناتِ طر ہے۔ (۳) ابتدائی بولی قنات کا ایک حصہ جو گیر سز کی قنات (duct of Gaertner) کے طور پر باقی رہتا ہے۔ یہ مرد کی قنات نافذ (vas deferens) کا مماثل ہے (دیکھو شکل ۵۸ - گ ق)۔

بیضین (Ovaries) - جیسا کہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے بیضین میاں گروہ (mesonephros) کی وسطانی بطنی سطح پر نام نہاد تناسلی لکیروں (genital streaks) کی شکل میں نشوونما پاتے ہیں۔ اور اس کے ایک سرے سے دوسرے تک پھیلے ہوتے ہیں۔ انسانی جنین میں یہ لکیریں نسبتہ دیر سے پیدا ہوتی ہیں۔ متعرض تراش کاٹنے پر تناسلی لکیر (genital streak) سر حملہ (نبتی سر حملہ: germ-epithelium) کی کئی ایک تھوں سے مرکب نظر آتی ہے۔ اس میں بڑے بڑے خلیے نظر آتے ہیں جن میں بہت سا سائز (protoplasm) ہوتا ہے، اور ان میں ایک ایک صاف نوات پایا جاتا ہے۔ یہی تناسلی خلیے (genital cells) ہیں۔ یہ خلیے تناسلی لکیر کے محض وسطی حصہ میں پائے جاتے ہیں۔ راسی اور ذنبی انتہاؤں پر یہ لکیر مٹی نہیں ہوتی، بلکہ ایک جیسے ٹکٹن کی شکل کی ہوتی ہے۔ نبتی سر حملہ (germ-epithelium) اتمت یافتہ میں نبتی اجبال (germinal cords) کی شکل میں بسرعت بڑھتا چلا جاتا ہے جن کی سالمہ بیض کے نموں کوئی زیادہ اہمیت نہیں ہوتی کیونکہ جب ان سے ابتدائی جراب (primary follicles) طیار ہو چکے ہیں تو ان کا بیشتر حصہ غائب ہو جاتا ہے، مگر کبھی کبھی ان کے کچھ حصے باقی رہ جاتے ہیں جن سے دوبری نوساختیں (cystic neoplasms) پیدا ہو جاتی ہیں (گڈال: Goodall)۔

تناسلی لکیر کی راسی انتہا نشوونما نہیں پاتی، لیکن اس کے ذنبی سرے کے سر حملہ میں لگاؤ واقع ہونے سے شبکی اجبال (reticular cords) بن جاتے ہیں جو میاں گروہ (mesonephros) اور تناسلی غدہ (genital gland) کے درمیان حائل ہوتے ہیں۔ ان اجبال کے باقی ماندہ حصوں سے دوبری نوبالیدیں بھی پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے (گڈال: Goodall)۔ ابھی تک تناسلی غدہ (genital gland) بیض یا خصیہ کے طور پر تمیز نہیں کیا جاسکتا۔ اور یہ فرق پہلے پہل مٹی ٹر لے مضمون (پانچ سے لیکر چھ مضمون کے) میں پایا جاتا ہے، یعنی خصیہ میں پردہ ابین (tunica albuginea) اور تناسلی اجبال (genital cords) میں ایک نمایاں نوؤکھائی دینا شروع ہو جاتا ہے۔ اگر اس درجہ پر تناسلی غدہ میں یہ ساختیں موجود نہ ہوں تو یہ اس کے بیض ہونے کی

علامت ہے۔ اس درجہ پر بیض میں انصالی بافت کا نمو شروع ہو جاتا ہے جو اس کی گہرائی سے بڑھتے شروع ہوتی ہے اور بڑھتے بڑھتے نئی تہ (germinal layer) میں پہنچ جاتی ہے، اور نئی سرحدی خلیوں (germ-epithelial cells) اور تناسلی خلیوں (genital cells) کو گروہوں (بیضی جرابات: egg-follicles) میں تقسیم کر دیتی ہے۔ ایسے ہر ایک جراب میں ایک تناسلی خلیہ ہوتا ہے جو نئی سرحدی خلیوں سے محصور ہوتا ہے۔ تناسلی (ابتدائی بیضی خلیوں) میں سوائے اس فلوی تقسیم کے جو ہر انفرادی گروہ میں واقع ہوتی ہے کوئی مزید زیادتی نہیں ہوتی۔ اسی اثنا میں مذکورہ گروہ ہیکلی بافت کے ذریعہ سے منقسم ہوتے جاتے ہیں۔ اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بیضی خلیے (egg-cells) تمام بیض میں منتشر ہو جاتے ہیں۔ ان خلیوں اور سرحدی خلیوں سے جوان کے ارد گرد واقع ہوتے ہیں ابتدائی جرابات (primordial follicles) بنتے ہیں۔ وہ جراب جو بیض کے مرکز میں واقع ہوتے ہیں جنہی زندگی میں غائب ہونا شروع ہو جاتے ہیں۔ اور زندگی کے پہلے سال کے اخیر میں جراب محض تشرہ ہی میں بائے جاتے ہیں۔ پیدائش کے بعد جرابوں کی جسامت چند مہفتہ تک بڑھتی رہتی ہے، اور پھر سن بلوغ تک ان میں کوئی تغیر واقع نہیں ہوتا۔ شبکی اجبال (reticular cords) سے جو میاں گردو (mesonephros) اور مبین کے درمیان حامل ہو گئے تھے جابانی بیض (paroöphoron) بنتا ہے جو جوان عورت میں ناقص النمو ہوتا ہے۔ چھوٹے چھوٹے نافھی دویرو (small hilum cysts) کی ابتدا جو زندگی کے آخری حصہ میں دیکھنے میں آتے ہیں انہی سے ہوتی ہے۔ بیض تناسلی لکیر (genital streak) کی وسطی ایک تہائی سے نمونپا تا ہے۔ اسکے راسی اور ذنبی سرے یا تو نامکمل رہتے ہیں، اور یا غائب ہو جاتے ہیں۔ وسطی حصہ بڑھتے بڑھتے میاں گردو سے باہر نکل جاتا ہے حتیٰ کہ مذکورہ ساختیں محض ایک باریلونی شکن کے ذریعہ سے جڑی رہ جاتی ہیں۔ جنینی بیض ایک متلول غدہ ہوتا ہے (دیکھو شکل ۵۸ - ت غ)۔ اور اس کی شکل ارد گرد کی ساختوں کے مطابق ڈھلی ہوتی ہے۔ بیض اپنی گول شکل ولادت کے بعد اختیار کرتا ہے۔

بیضی قناتیں (Oviducts) - (فلوی نلیاں: Fallopian Tubes) لمبی

قناتوں (Müllerian ducts) کے بالائی غیر منحدہ حصوں کی قائم مقام ہیں۔ انسانی موضوع میں یہ نسبتہ دیر سے ظاہر ہوتی ہیں۔ ۱۲ ملی میٹر لمبے مضمونوں میں بیضی قناتیں ولفی قنات کی جانی دیوار پر سیلومی سطح میں ایک اٹھلے فجہ کی شکل میں پیدا ہوتی ہیں۔ اور بڑھتے بڑھتے انکی ایک ملی بن جاتی ہے جس کا

لے حصہ میں کوئی ساخت ایسی نہیں جس کا مائل جنینی زندگی کے کسی کسی حصہ میں بیض میں مذکورہ گڈال (گڈال)۔

رہی قطعہ قیف کی شکل کا ہوتا ہے۔ قیف کا تنگ ذنبی سرا پہلے پہل ٹلی کے بقیہ حصہ سے غیر مکمل طور پر متحد ہوتا ہے اور اس مقام پر اکثر اوقات ایک زائد دھنہ (accessory ostium) بن جاتا ہے (دیکھو شکل ۵۹) کیٹھ (Keith) نے یہ نظر یہ پیش کیا ہے کہ بعضی قنات کا قیفی قطعہ ٹری قنات (Müller's duct) سے منہ نہیں پاتا بلکہ پیش کردہ (pronephros) سے پیدا ہوتا ہے۔

نظارہ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ مذکورہ بالا غیر مکمل اتحاد سے جو قیفی انتہا اور ٹلی کے بقیہ حصہ کے درمیان موجود ہوتا ہے کیتھ کے اس نظریہ کی توثیق ہوتی ہے کہ ٹلی کی جھلدار انتہا کی اصل قنات کے بقیہ حصہ کی اصل سے مختلف ہوتی ہے، یعنی قبل الذکر باعتبار اصل پیش کردہ (pronephric) اور موخر الذکر ٹری ہوتا ہے (دیکھو تاگینی کا کیسیہ شکل ۶۰)۔ ٹری قنات کا ذنبی حصہ ولفی قنات کے ساتھ ساتھ نیچے کی طرف کو جاتا ہے۔ لہذا یہ دونوں قناتیں ایک ہی باریطونی شکل میں واقع ہوتی ہیں (دیکھو شکل ۵۷، ۵۸، ۵۹، ۶۰)۔

وق - م ق) جو مندرجہ سابقہ میاں گردی شکل سے پیدا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۵۷، ۵۸، ۶۰)۔

یہ شکل بولی تناسلی شکم (urogenital fold) کے نام سے موسوم ہے (دیکھو شکل ۵۷، ۵۸، ۵۹، ۶۰)۔

ت ش) اور موخر شکلی دیوار اور جانبی حوضی دیوار پر واقع ہوتا ہے۔ یہاں سے یہ فرش حوض سے بتدریج مرتفع ہوتا ہوا ایک مستعرض فاصل کے طور پر وسطی خط کی طرف مڑ جاتا ہے۔ اس کا وسطی حصہ تناسلی شکم (genital fold) کے نام سے تعبیر کیا جاتا ہے، اور اس میں چار قناتیں ہوتی ہیں، یعنی دو ٹری (Müllerian) اور دو ولفی (Wolffian)، اور اس کے جانبی حصوں سے رباط عرض (ligamentum latum) بنتا ہے۔ میاں گردہ (mesonephros) کے زیرین قطب کے لیول پر ٹری قناتیں ولفی قناتوں کو سامنے سے عبور کر کے خط وسطی پر ایک دوسرے سے مل جاتی ہیں (دیکھو شکل ۵۸، ۵۹، ۶۰)۔

بولی حوض (urogenital sinus) کی ظہری دیوار تک پہنچ جاتی ہیں (دیکھو شکل ۵۸، ۵۹، ۶۰)۔

ج) جہاں ان کے اوپر اٹھنے سے ایک ابھار بن جاتا ہے۔ یہ ابھار ۲۸ ملی میٹر لمبے مضعوں میں صاف صاف دکھائی دیتا ہے، اور ٹر کے ابھار کے نام سے موسوم ہے (دیکھو شکل ۵۸، ۵۹، ۶۰)۔

اس ابھار پر کھلنے سے پیشتر ٹری قناتوں کے ایک دوسرے سے ملنے سے ایک میجر و قنات بن جاتی ہے۔ جس مقام پر اتحاد شروع ہوتا ہے وہ بعد ازاں رحم کے فم خارجی کا قنات بن جاتا ہے (دیکھو شکل ۵۸، ۵۹، ۶۰)۔ اس مقام سے اتحاد کے اوپر اور نیچے کی طرف پھیلنے سے رحمی پہلی قنات (utero-vaginal canal) بن جاتی ہے۔ یہ ۲۵ ملی میٹر لمبے مضعوں میں

(دوسرے مہینہ کے اخیر پر) پہلے دیکھی جا چکی ہے۔
 انبوی عشا ئے مخاطی کا نمونہ۔ جو تھے مہینے میں ایک سادہ طولی شکن نی کے درون میں
 ظاہر ہوتا ہے۔ یہ ابتدائی مخاطی شکن ہے۔ ثانوی اور ثلاثی شکن بھی طولی ہوتے ہیں اور وہ ساتویں
 مہینہ کے قریب قریب ظاہر ہوتے ہیں۔ جھال میں نی کے سرے پر کندا سبھا روں کی شکل میں پیدا
 ہوتی ہیں۔

برمبیض (Epoöphoron) یا جارا لمبیض (Parovarium)۔ جارا لمبیض یا
 عضو روزنملر (organ of Rosenmüller) ایک آکاری یافت ہے جو عریض رباطات کے



شکل ۵۹۔ اس فلوی نی کا ایک زائد شکنی مہنہ ہے۔

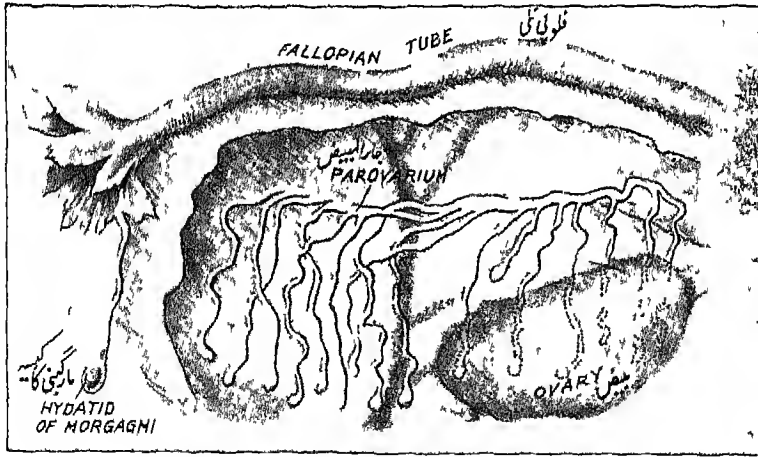
ا۔ طبعی مہنہ۔ ب۔ زائد مہنہ۔

بالائی حصہ جسے بالعموم ماسا ریفقا ئے
 انبویہ (mesosalpinx) کہتے ہیں،
 کی تہوں کے درمیان واقع ہوتا ہے۔
 یہ مرو کے رنج (epididymis) اور
 قنات نافلہ (vas deferens) کا
 قنات ہے اور میان گردہ کے حجمی قطعہ کا
 قائم مقام ہے جس سے ولفی جسم
 (Wolffian body) اور اس کی
 قنات پیدا ہوتے ہیں۔ بالغ عورت کے
 رباط عریض میں، نی اور بیض کو ایک دوسرے
 سے علیحدہ کرنے اور نیم شفاف ماسا ریفقا
 انبویہ (mesosalpinx) سے کافی
 روشنی کو گزرنے کا موقع دینے سے یہ خالی

آنکھ سے آسانی دیکھا جاسکتا ہے (دیکھو شکل ۶۰)۔ سچی میں یہ ناقص المنو ہوتا ہے، مگر یہ آہستہ آہستہ
 بڑھتا جاتا ہے حتیٰ کہ زندگی کے وسطی حصہ میں منو کے بلند ترین قیام پر پہنچ جاتا ہے۔ اس میں مختلف القاد
 (عموماً بارہ) انتصابی انبیبیات ہوتے ہیں جو بیض کے نالچہ کے قریب آہستہ آہستہ کے سے دکھائی دیتے
 ہیں، اور فلوی نی کی جانب اوپر کی طرف جا کر ایک بڑے افقی انبیب سے جاتے ہیں جو ان سے قائمہ زاویہ پر
 گزرتا ہے۔ موخر الذکر انبیب کا خارجی سرا اعمور ہوتا ہے، اور بعض اوقات متعدد دستاخوں میں

منقسم ہوتا ہے جو کو بلٹ کی ٹیبلوں (Kobelts tubes) کے نام سے موسوم ہیں۔ اس کا اندرونی حصہ دھم کی طرف جا کر نیچے کی جانب خم کھا جاتا ہے اور عریض رباط کی تہوں میں سے گذر کر مہلی قبوں (vaginal fornices) تک پہنچ جاتا ہے، اور بیض اوقات اس کا تعاقب مقدم مہلی دیوار کے ساتھ ساتھ فرج تک بھی کیا جاسکتا ہے۔ یہ لمبی نلی قنات ناقضہ (vas deferens) کی مثال ہے اور گیر ٹنر کی قنات (Gaertner's duct) کہلاتی ہے۔

برہمنی یا جارا المبیضی انہی بیبات کی دیوار سادہ عضلہ پر مشتمل ہوتی ہے، اور ان میں ایک واضح ورونہ برقرار رہتا ہے جس کا استرستونی ہڈی سر حلقہ کا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۶۱)۔ دیری آسٹا (cystic dilatations) اکثر اوقات جوان عورتوں میں دیکھنے میں آتے ہیں۔ حقیقی جارا المبیض (parovarium proper) میں انتہائی اور افقی انہی بیبات تقریباً ہمیشہ مل سکتے ہیں، لیکن



شکل ۶۰۔ برہمنی (ایپوفورون) یا جارا المبیض (پاراویریئم) (روزفلر کا عضو)
ماسا ریتائے انبوہ کی تقطیع سے ہر کیا گیا ہے۔

وہ نزولی اطالت جس سے گیر ٹنر کی قنات بنتی ہے بسا اوقات موجود نہیں ہوتی۔ فلوپیائی کی شکلی دہنہ کے نیچے ماسا ریتائے انبوہ (mesosalpinx) سے چپکا ہوا ایک چھوٹا سا مٹر کے برابر ڈنڈی دار رویہ بالعموم پایا جاتا ہے جو ماریینی کا کیسیہ (Hydatid of Morgagni) کہلاتا ہے

(شکل ۶۰)۔ یہ ایک انحطاط یافتہ مستقی انوبی جھالر کا قائم مقام ہے، اور اس لئے اپنی اصل کے لحاظ سے پیش گردی (pronephric) ہے۔

رحم اور مہبل۔ چوتھے مہینہ پر رحم اور فلوپی ٹی کی تفریق کی نشان دہی اس مقام سے ہوتی ہے جس پر میاں گردی یا بولی تناسلی ٹکڑی ٹری ٹیوں سے چپکا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۵۸۔ مگ ش، جم ح اور مگ ش، ذ ح)۔ اس مقام کے اوپر کا حصہ فلوپی ٹی اور نیچے کا حصہ رحمی مہبل تہاں بنتا ہے۔ رحم اور مہبل کی تفریق پہلے پہل سرطی استروں کے باہمی اختلاف سے دیکھنے میں آتی ہے۔ رحم کا سرطی استرو محض استوانہ نما ہوتا ہے اور مہبل کا بطن دار۔

ٹری تہاتوں کا ممر ابتداً مقدم جانب پر مقعر ہوتا ہے، اور رحمی مہبل تہاں کے خط پر 79



شکل ۶۱۔ طبعی بریبض (ایپو فورون) یا جارا المیبض (پارا اوویریئم) کی متغیر ترش
۱۰۵x۔ انیدیات کی دیواروں کی دبازت ملاحظہ کیجئے۔

ان میں ایک خم پیدا ہو جاتا ہے جو مہبل اور رحم کی حد فاصل کا متناظر ہوتا ہے۔ پانچویں مہینہ میں عنق کے مہبل حصہ (portio vaginalis cervicis) اور مہبل قبوؤں (vaginal fornices) کی کوئیں ہوتی ہے۔ اسی زمانہ میں مہبل کا درونہ اس سرحدی ڈاٹ کے غائب ہو جانے سے مکمل جاتا ہے جو اس کے زیریں سرے میں ہوتی ہے۔ نیز شکنی ستون (columnæ rugarum) بھی ساتھ ہی مہبل میں پیدا ہو جاتے ہیں، (دیکھو شکل ۸۴- صفحہ ۶۳) اور نخل حیات (arbor vitæ) عنق میں نمودار ہو جاتا ہے۔ قبل الذکر مہبل کے فرجی سرے پر نمودار ہو کر اوپر کی طرف پھیل جاتے ہیں۔ ساتویں مہینہ میں عنق میں غدد پیدا ہوتے ہیں اور رحم میں یہ ولادت پر ہی نمودار ہو جاتے ہیں۔

پانچویں مہینہ کے قریب قریب طرزی قنات کے جملہ مشتقات میں عضلہ کی ایک تہ پیدا ہو جاتی ہے جو عنق اور رحم کے مقام پر دائری اور مہبل میں طولی ہوتی ہے۔ مہبل عضلی نظام عنق کے مہبل حصہ (portio vaginalis cervicis) کے لیول پر پھیل جاتا ہے۔ چھٹے اور ساتویں مہینہ میں ایک مضبوط تحت مخاطی عضلی طبقہ ظاہر ہوتا ہے جو فلوی پی ٹی کے طولی محور کے متوازی ہوتا ہے۔ جنینی زندگی کے اختتام پر تحت مصلی بافت میں ایک اور عضلی تہ کا اضافہ ہو جاتا ہے جو سن بلوغ تک بڑھتی رہتی ہے۔ تحت مصلی عضلی تہ رحم، رباط مستدیر، بیضی رباط اور رچی عجری شکلوں (utero-sacral folds) میں بیک وقت نمودار ہوتی ہے۔

بولی تناسلی جوف کا نمو اور بولی اور تناسلی خیطوں کا ایک دوسرے

اور بولی تناسلی جوف کے اتحاد

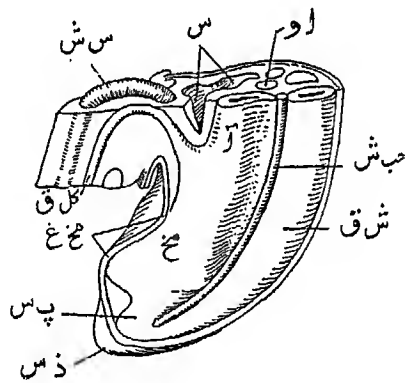
چونکہ بولی تناسلی جوف مخرج (cloaca) سے پیدا ہوتا ہے اس لئے مونخر الذکر کا پہلے بیان کرنا ضروری ہے۔

۳ ملی میٹر لمبے جنین میں پس رووہ (hind gut) سے ایک جیب (مخرج: cloaca) طیار ہوتی ہے جو ایک جانب سے دوسری جانب تک پھیلتی ہوتی ہے (دیکھو شکل ۶۲- مخ)۔ اس میں اس کی بالائی اور مقدم جانب پر کلیئہ (allantois) نکلتا ہے (دیکھو شکل ۶۲- ۶۳ اور ۶۴- کل ق)۔ مخرج (cloaca) کی بطنی دیوار پیٹ کی دیوار کے بروں اومہ (ectoderm) کے برابر برابر ناف سے یکسر قصبہ کے ابعاد تک پھیلی ہوتی ہے، اس لئے بروں اومہ اور دروں اومہ یہاں ایک دوسرے سے

تماس ہوتے ہیں۔ ان تہوں سے ایک بطنی حلقہ قائم ہوتی ہے اور مخرجی غشا (cloacal membrane) یا صفحہ (plate) بنتا ہے (دیکھو شکل ۶۲ صفحہ ۸۶)۔

سیلومی کہفہ (coelomic cavity) منہ کے کافی ابتدائی حصہ میں ایک کھوکھلی مہینہ کی شکل میں نیچے کی طرف کوڑھتا ہوا کلیبہ (allantois) اور رودہ کے درمیان آٹکلتا ہے (دیکھو شکل ۶۲-۶۴ اور ۶۸-۷۰)۔ یہ نشیب اپنے آگے میان ناہض (mesoblast) کا ایک غلاف لے آتا ہے جو مخرج (cloaca) کے اندر اتر جاتے سے بولی مستقیم فی فاصل (urorectal septum) کی شکل اختیار کر لیتا ہے (دیکھو شکل ۶۴-ب م ف)۔ ازاں بعد مخرجی غشا (cloacal membrane) کے وسطی مستوی میں ایک نشیب پیدا ہو جاتا ہے جس سے بروں ادنیٰ مخرجی فجود (ectodermal cloacal furrow) بن جاتا ہے (دیکھو شکل ۶۴-صفحہ ۸۶)۔

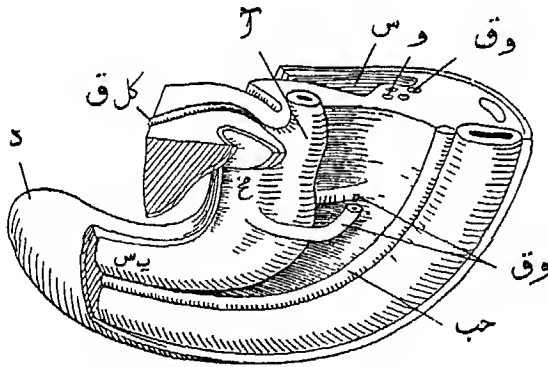
اس درجہ پر ولفی تنائیں مخرج (cloaca) کی بطنی دیوار کے جانبی حصہ تک



شکل ۶۲-۳ ملی میٹر لمبے مضغہ کے مخرجی خطہ کا نمونہ (کیٹیل کے مطابق)۔ کل ق۔ کلیبہ (ایلنٹائس) کی فتات۔ ۱۔ اور طہ پس ش۔ سری شربان۔ س۔ سیلوم۔ حب ش۔ جبل شوکی۔ مخ۔ مخرج۔ مخ غ۔ مخرجی غشا۔ ۲۔ آنت۔ ذس۔ ذنبی سورا۔ پ۔ پس۔ پس رودہ۔ شق۔ شوکی تنال۔

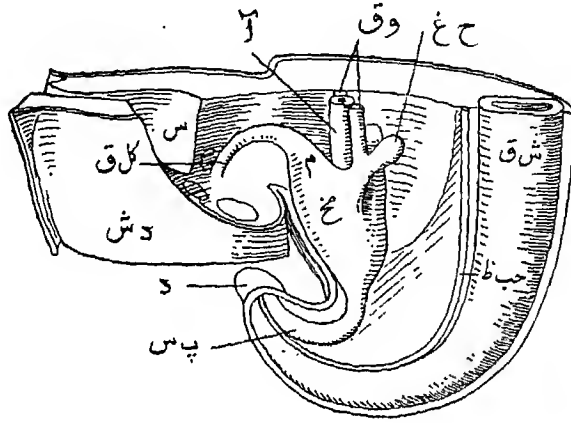
پہنچ جاتی ہیں جو اس لیول پر مستعرضاً کشادہ ہو چکنا ہے (دیکھو شکل ۶۳- وق)۔ میاں اومی نشیب (بولی مستقیمی فاصل جو سیلوم سے شروع ہوتا ہے) اسی اثنا میں نیچے کی طرف اترتا جاتا ہے، اور اس قوت تک مخروطی فضا کو ولفی قناتوں کے فتحوں سے اوپر دو کہنوں پر تقسیم کر چکنا ہے۔ ان میں سے بطنی کہنہ کلیہ (allantois) کے بلا واسطہ تسلسل میں ہونا ہے، اور اس سے آئٹک و مثانہ طیار ہوتا ہے (شکل ۶۶- ۴)۔ اور دوسرا (ظہری) کہنہ پس رودہ (hind gut) سے ربط و راہ رکھتا ہے (دیکھو شکل ۶۲- ۳)۔ ولفی قناتوں کے فتھے جو مخرج (cloaca) کے بطنی قطعہ میں واقع ہوتے ہیں اس مقام کو ظاہر کرتے ہیں جہاں مثانہ اور عالین، بولی تناسلی جوف (sinus urogenitalis) سے آئندہ متمیز ہوتے ہیں۔ لہذا مخرج (cloaca) کے بطنی حصہ کے بالائی جزو میں مثانہ اور عالین بن جاتے ہیں، اور زیریں میں بولی تناسلی جوف طیار ہو جاتا ہے (دیکھو شکل ۶۸- ۴- ب ت ج)۔ ولفی قنات کے مخرج تک پہنچنے کے تنھوڑی دیر بعد اس کی ظہری دیوار پر اسکے فتھے کے بالقبیل کلوی (renal) یا عالی ارتفاع (ureteric prominence) پیدا ہوتا ہے جو ۱/۲ ملی میٹر لمبے مضمون میں (تیسرے یا چوتھے ہفتہ میں) دکھائی دیتا ہے (دیکھو شکل ۶۲- ۳- غ)۔ اس کی اہمیت بعدیہ ظاہر کی جائے گی۔

81



شکل ۶۳- ۲ و ۳ لمبے مضغہ کا مخروطی خطہ (کیبل کے مطابق)۔ کل ق۔ کلیہ کی قنات۔
س۔ سیلوم حب۔ جبل۔ مخ۔ مخرج۔ آ۔ آنت۔ س۔ دم۔ پ۔ پس۔ پس رودہ۔
و۔ ولفی جسم۔ وق۔ ولفی قنات۔

طرہی تنائیں بولی تناسلی جوف میں ولفی تنائوں کے بعد پہنچتی ہیں۔ اور اس وقفہ کے دوران میں دواہم نموی عمل ظہور میں آتے ہیں جن میں سے پہلا مثانہ اور مثنت مثانہ کے نمو سے تعلق رکھتا ہے،

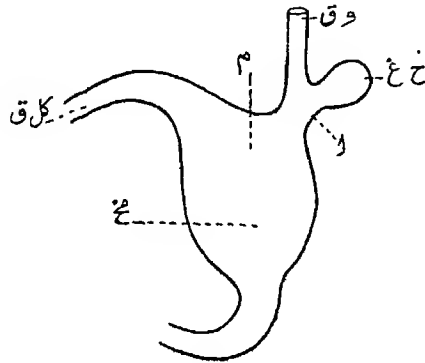


شکل ۶۴-۶۵ ملی میٹر لمبے مضغہ کے مخزجی خطہ کا نمونہ (کیٹل کے مطابق)۔ کل ق۔ کلیہ کی قنات۔ د ش۔ دیوار شکم۔ س۔ سیلوم۔ ج ب ف۔ جبل ظہری۔ م م م۔ آ۔ آنت۔ م۔ مثانہ۔ ش ق۔ شوکی قنات۔ ح غ۔ حالیہ غنچہ۔ د۔ دم۔ پس۔ پس رزہ۔ وق۔ ولفی تنائیں۔

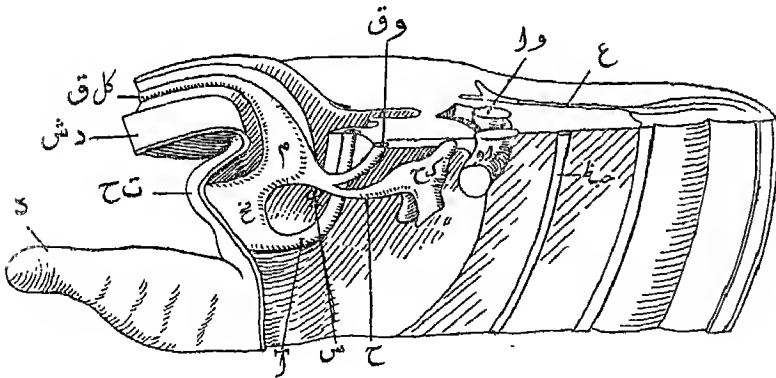
اور دوسرا امعاء کے بولی تناسلی جوف (sinus urogenitalis) سے مکمل طور پر علیحدہ ہونے سے۔ مونخر الذکر پر پہلے غور کرنے سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ بولی مستقیم فاصل (urorectal septum) کے نیچے کی طرف مسلسل بڑھنے سے بطنی مخزجی قلعہ (بولی تناسلی جوف) ظہری مخزجی قطعہ (معالے مستقیم) سے علیحدہ ہو جاتا ہے۔ انجام کار بولی مستقیم فاصل مخزجی غشائے پنج جاتا ہے، اور امعاء اور بولی تناسلی جوف ایک دوسرے سے مکمل طور پر علیحدہ ہو جاتے ہیں (دیکھو شکل ۶۶-۶۷)۔ مخ غ۔ ب م ف۔ خارجی تناسلی اعضا کے نمو کے بیان میں اس کا پھر ذکر کیا جائیگا۔

یہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے کہ ولفی قنات کے مخزج (cloaca) میں کھلنے سے ذرا پہلے آتا کلوی یا حالیہ غنچہ (renal or ureteral bud) پیدا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۶۴-۶۵) اور یہی

حالب کی بنیاد ہے۔ ولفی قنات کا ود حصہ (شکل ۶۵ میں ۱) جو اسکے مخرج (cloaca) میں کھلنے کے
فقہ اور حالیہ غنچہ (ureteral bud) (نیز دیکھو شکل ۶۴) کے درمیان واقع ہوتا ہے



شکل ۶۵ ولفی قنات کے اس حصہ کو ظاہر کرتی ہے (۱) جس سے مشانہ کی مثلث کا ایک حصہ بنتا ہے۔ کل ق۔
کلیہ کی قنات۔ م۔ مشانہ۔ ح۔ مخرج۔ ح۔ غ۔ حالیہ غنچہ۔ وق۔ ولفی قنات۔



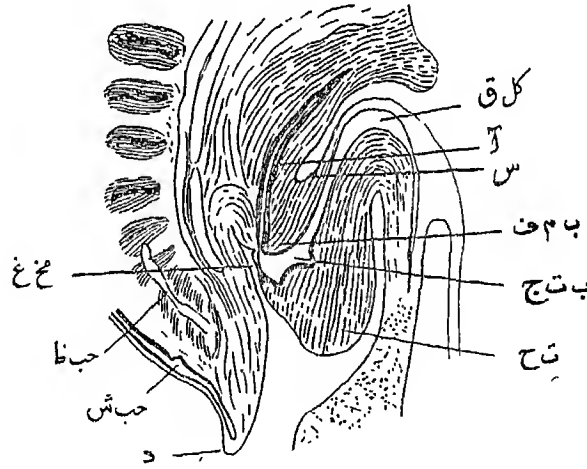
شکل ۶۶۔ ۱۱۵۵ لیے مضمون کے مخرجی خطہ کا نمونہ (کیسٹل کے مطابق)۔ کل ق۔ کلیہ کی قنات۔ ۱۔ و۔ اورلہ۔
دش۔ دیوار شکم۔ س۔ سیلوم۔ حب ظ۔ جبل لہری۔ ح۔ مخرج۔ آ۔ آنت۔ ح۔ سنانسی طیبہ۔ م۔ مشانہ۔
ک ح۔ کلوی جوش۔ ع۔ عصب۔ ۵۔ دم۔ ح۔ حالب۔ و ۱۔ وریڈ اجوف۔ وق۔ ولفی قنات۔

بتدیج چھوٹا ہوتا جاتا ہے اور انجام کار مثانہ کی مثلث اور مبال کے ایک حصہ کے بننے میں شریک ہو جاتا ہے (دیکھو شکل ۶۸-۳۲)۔

اسی اثنا میں طری قناتیں بولی تناسلی جوف میں پہنچ چکتی ہیں (دیکھو شکل ۶۸-۴۱)۔ اور ان کی ظہری دیوار پر طری ابصار بھی بن چکتا ہے جس کے ذریعہ سے یہ کھلتی ہیں۔ ان کا فتحہ ولفی قناتوں کے فتحہ کے اوپر واقع ہوتا ہے۔

83

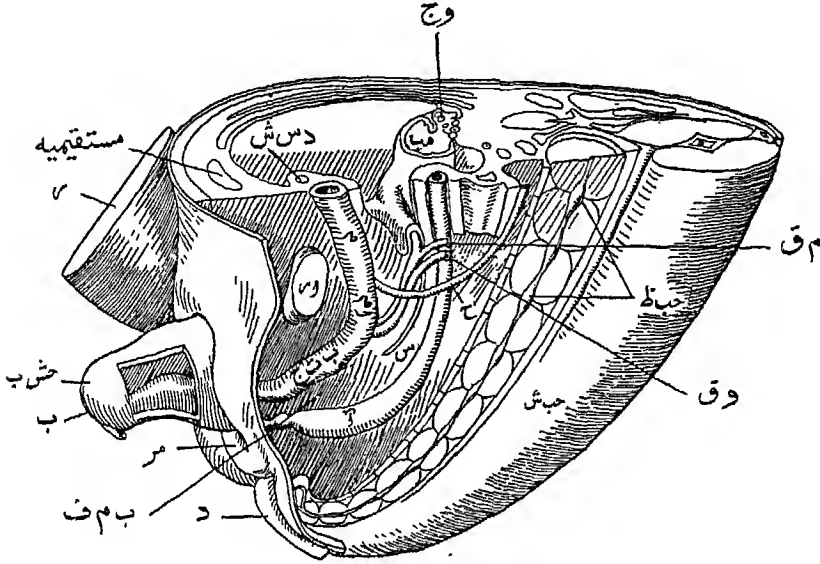
اس وقت آنت (bowel) بولی تناسلی نظام سے بولی مستقیم فاصل کے ذریعہ سے مکمل طور پر علیحدہ ہو چکتی ہے (دیکھو شکل ۶۷ اور ۶۸)۔ بطنی مخرجی قطعہ کے بالائی حصہ سے مثانہ اور یوریکس (urachus) بن چکتے ہیں۔ بولی تناسلی جوف اس درجہ پر بہت ہی طویل حیب کی شکل کا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۶۷ اور ۶۸-ب ت ج)۔



شکل ۶۷-۱۳ ملی میٹر لمبے مضغہ کی حوضی انتہا میں سے سہی ترشس ایکسبل کے مطابق، ایکل ق۔ کلیہ کی قنات۔
آ۔ آنت۔ حب ظ۔ جبل ظہری (نوٹوکارڈ) مخ غ۔ مخرجی غشائیں۔ سیلوم (وٹکس کی آئندہ حیب)۔ ت ح۔ تناسلی طلمہ۔
ب م ف۔ بولی مستقیم فاصل۔ ب ت ج۔ بولی تناسلی جوف۔ حب ش۔ جبل شوکی۔ د۔ دم۔

تغیرات جو مخرجی غشائیں واقع ہوتے ہیں۔ خارجی تناسلی اعضا کی تکوین کا ذکر

کرنے سے پیشتر مخرجی غشا (cloacal membrane) کے ساتھ جو کچھ ہوتا رہا ہے اس کا بیان کرنا

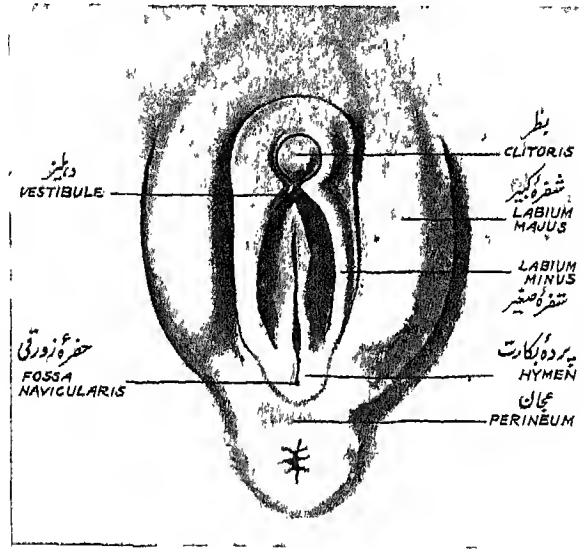


شکل ۶۸-۶۹ ملی میٹر لمبے انسانی مضعہ کے حوضی خطہ کا نمونہ (کیبل کے مطابق)۔ م۔ مرنر
 ۵ س ش۔ دائیں سری شریان۔ ۴۔ آنت۔ م۔ مثانہ۔ س۔ سیلوم (گول کیب)۔
 حبش۔ حیل لہری (نوٹوکارڈ)۔ ب۔ بظہر حبش ب۔ خفقہ بظہر۔ م ق۔ لری تنات۔
 م ب۔ بیض۔ ۴۔ ابتدائی مبال۔ ب ت ج۔ بولی تناسلی جوف۔ اس۔ اتقا۔
 حبش۔ حیل شوکی۔ ح۔ غالب۔ س۔ ران۔ د۔ دم۔ و ج۔ ولفی جسم۔
 و ق۔ ولفی تنات۔ ب م ف۔ بولی مستقیمہ ناسل۔

ضروری ہے۔

وہ غشا جو ناف سے لیکر دم تک پہنچتی تھی اندر کی طرف کو دھکیلی جا چکی ہے، اور ناف کے ایک دبیز تودہ سے محصور ہو چکی ہے جس سے اس کی بطنی طرف پر ایک حلیمہ (papilla) بن جاتا ہے (دیکھو شکل ۶۶ اور ۶۷ ت ح)۔ یہ حلیمہ بڑی طور پر مخرجی غشا (cloacal membrane) کو پوشیدہ کرتا ہے۔ مخرجی غشا کسی حد تک تناسلی حلیمہ کے بڑھنے اور کسی حد تک دو جانبی دبیز اور ام

(تناسلی شکلوں: genital folds) کے ذریعہ سے گہرائی میں (پیچھے کی طرف) گھس جاتی ہے (دیکھو شکل ۶۰ - مخ غ)۔ بولی مستقیم فاصل (urorectal septum) کے غشائی پردہ کے ساتھ متحد ہونے سے موخر الذکر اگلی طرف بولی تناسلی غشا (urogenital membrane) اور



شکل ۶۹۔ خارجی اعضاء تناسل کا منو (کول میں) - حشفہ بظر تناسلی علیلہ سے 'شفہ کبیر' تناسلی شکلوں سے 'شفہ صغیر' ممالی لبوں سے 'پردہ بکارت' کر کے ابھار سے 'اور' عمان بولی مستقیم فاصل سے پیدا ہوتا ہے۔ دلیز اور خفہ زورقی دونوں بولی تناسلی جوش کے آثار ہیں۔

پچھلی طرف مبرز غشا (anal membrane) میں تقسیم ہو جاتا ہے۔ قبل الذکر میں شگفتگی پہلے نمودار ہوتی ہے، چنانچہ بولی تناسلی جوش (sinus urogenitalis) باہر کی جانب روہ سے پہلے کھل جاتا ہے۔ تناسلی علیلہ (genital papilla) کا ایک سر اکند اور آزاد ہو جاتا ہے۔ یہی آئندہ کا حشفہ بظر (glans clitoridis) ہے (دیکھو شکل ۶۸ - حش ب)۔ اس کی وہ سطح جو بولی تناسلی جوش کے سامنے ہوتی ہے اس میں ایک فجہ (furrow) نمودار ہو جاتا ہے اور اس کے

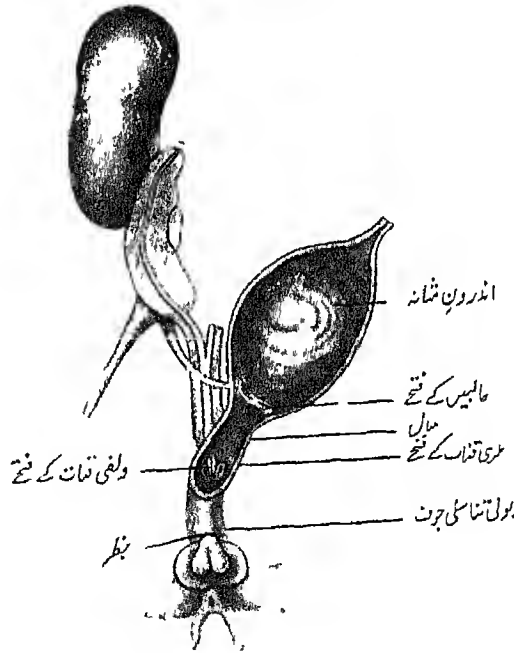
دو جانبی کنارے ہوتے ہیں۔ ان کناروں کے درمیان جو میزاب ہوتا ہے اس کا استر سرحد کا ہوتا ہے اور یہی مبال میزاب بن جاتا ہے اور کنارے خود مبال لب بن جاتے ہیں۔

تناسلی مشکوں سے شفر تین کبیر (labia majora) منو پاتے ہیں اور مبال لب شفر تین صغیر بن جاتے ہیں (دیکھو شکل ۶۹)۔ بولی تناسلی جوف کا طول بتدریج کم ہوتا جاتا ہے لیکن اس کا بالائی حصہ (یعنی وہ حصہ جو حالیہ فتقہ اور طری ابھار کے درمیان واقع ہوتا ہے) کافی دوڑ تک چلا جاتا ہے (دیکھو شکل ۷۰)۔ مبال)۔ بولی تناسلی جوف کے اس حصہ کو ایک مستدیر فتقہ ایک قریب حصہ یعنی مثلث (trigone) اور ایک بعدی حصہ یعنی مبال (urethra) میں تقسیم کر دیتا ہے۔ بولی تناسلی جوف کے زیرین حصہ کے طول میں تخفیف ہونے اور قنال کے اس حصہ کے عرض میں بتدریج زیادتی ہونے سے طری ابھار اوپر کی طرف ہٹتا جاتا ہے اور آخر کار ایک چھوٹی سی چوڑی جیب کی تہ میں پہنچ جاتا ہے۔ طری ارتفاع (Müller's prominence) کے سرحد سے پردہ بکارت منو پاتا ہے۔ اور وہ چھوٹی سی جیب جو بولی تناسلی جوف کے عقبہ حصوں میں سے نیچے کی طرف اب اگیل باقی رہ گئی ہے وہ لیمز (vestibule) اور حفرة زورقی (fossa navicularis) بن جاتی ہے۔ قبل الذکر نوزائیدہ بچوں میں بالغوں کی نسبت زیادہ گہری ہوتی ہے۔ بولی متقیمی قنال (septum urorectale) چوڑا ہوتا ہے اور اس سے عجائی جسم اور عجان بن جاتا ہے (دیکھو شکل ۶۹)۔

رباط طالت۔ نوکے ایک خاص درجہ پر جنین کی موخر شکنی دیوار پر ایک طویل ولفی جسم پایا جاتا ہے جو ذہنی اور حنجی سروں کی طرف پتلا ہوتا جاتا ہے (دیکھو شکل ۵۸ - م گ)۔ اس کی اندرونی طرف مدیض واقع ہوتا ہے (دیکھو شکل ۵۸ - ت غ)۔ اور اسکی جانبی طرف تناسلی شکن پر ولفی اور طری فتحاتیں ہوتی ہیں (دیکھو شکل ۵۸ - د ق - م ق)۔ ولفی جسم کے راسی اور ذہنی دونوں سروں سے ایک شکن پیدا ہوتا ہے قبل الذکر وایا فراعی میان گروی تنبیہ (plica diaphragmatica mesonephrica) ہے (دیکھو شکل ۵۸ - ڈم گ ت) جو فیض کا تعلیقی رباط (suspensory ligament) یا قوسی حوضی شکن (infundibulo-pelvic fold) بن جاتا ہے۔ موخر الذکر اربی میان گروی تنبیہ (plica inguino-mesonephrica) ہے جس کا بالائی حصہ

لے بیڑی ہارٹ (Berry Heart) اور کتیجہ (Keith) کا یہ خیال ہے کہ پردہ بکارت ولفی فتحاتوں کی بصلی انتہا سے منو پاتا ہے۔

مبيض کا حقیقی رباط (ligamentum ovarii proprium) دیکھو شکل ۵۸۔ مگ ش' ح (اور زیرین حصہ مستدیر رباط (ligamentum rotundum) دیکھو شکل ۵۸۔ مگ ش' جم ح) بن جاتا ہے۔ ولفی اور طری قناتیں ہر ایک طرف بولی تناسلی شگن میں واقع ہوتی ہیں (دیکھو شکل ۵۸۔ بت ش)۔ مذکورہ دونوں شگن مل جاتے ہیں اور ولفی جسم کے زیرین قطب کے بیول پر ایک مستعرض فاصل تیار ہو جاتا ہے۔ اربی میاں گردی قنسیہ (plicia inguino-mesonephrica) بولی تناسلی شگن (urogenital fold) کو عبور کرتا ہے (دیکھو شکل ۵۸)۔



شکل ۵۰۔ (مارس کی موٹائی سے) یہاں جوبولی تناسلی جوف دکھائی دیتا ہے وہ انجام کار چھوٹا ہو جاتا ہے اور اس سے دلہیز بن جاتی ہے۔

ان کے مقام تقاطع سے اوپر کا حصہ بمعنی حقیقی رباط (ovarian ligament proper) (دیکھو شکل ۵۸۔ م ح م) اور نیچے کا حصہ مستدیر رباط (round ligament) (دیکھو شکل ۵۸۔ م ح م) ان کے مقام تقاطع سے اوپر کا حصہ بمعنی حقیقی رباط (ovarian ligament proper) (دیکھو شکل ۵۸۔ م ح م) اور نیچے کا حصہ مستدیر رباط (round ligament) (دیکھو شکل ۵۸۔ م ح م) ہے۔

بن جاتا ہے۔ بولی تناسلی ٹیٹوں کے خارجی حصوں سے رابطات عریض ہوتے ہیں اور انکا اندرونی حصہ ماساریقائے انبوبہ (musosalpinx) بن جاتا ہے جس میں ولفی قناتوں اور ولفی جسم کے آثار بیض (ephoöphoron) اور جانبی بیض (ویکوشکل ۵۸ - ب م ق - ب ط ق - ج ۳) اور گیر لٹر کی قنات (Gaertner's duct) کی شکل میں موجود ہوتے ہیں۔

جینیٹکسوں یا رابطوں کے محل وقوع کی تبدیلی کا حوالہ ہم پہلے بھی دے چکے ہیں لیکن ایک اور موضوع بھی ہے جس کی طرف انجام کار توجہ مبذول کرنا ضروری ہے جنین کے نوکے دوران میں تناسلی غدہ (genital gland) (بیض) اپنے رابطوں کے نیچے کی طرف اتر جاتا ہے اس کی پسیدائش تطنی خطہ (lumbar region) میں فقری عمود کے اطراف پر ہوتی ہے لیکن دروں اسی زندگی کے آخری ہفتوں میں ہر قفسی حصہ (iliao fossa) میں آ جاتا ہے اور پوری میعاد کے جنین میں یہ پٹنی لگ کر کے عین اوپر پایا جاتا ہے۔ سن بلوغ سے کچھ عرصہ قبل بیض اپنی آخری جگہ حاصل کرنے کیلئے حقیقی حوض میں اتر آتا ہے۔

مندرجہ ذیل نقشہ جینیٹک اور بالغ بانٹوں کے درمیان تعلقات کو ظاہر کرتا ہے (دیکھو

شکل ۵۸)۔

نمونایافتہ درجہ

نمونایافتہ درجہ

بیض -

عنقی غدہ (مولدہ gonad) -

بر بیض یا جار البیض - جانبی بیض

میاں گردہ یا ولفی جسم -

(مردیں برج اور نر ذبورج) -

گیر لٹر کی قنات (مردیں قنات ناقہ) -

ولفی قنات -

فلوی ٹی رچی ہسلی قنات -

طری قنات (مردیں خصیہ کا کیسیہ) -

پردہ بکارت اور دہنہ مہبل -

طری ابھار -

بیض کا حقیقی رباط (مردیں حاکمہ) -

اربی میان گردی ثنیہ (گچی حصہ) -

بیض کا تعلیقی رباط (قفسی ٹیٹوں) -

ڈایا فرامی میاں گردی ثنیہ (ذنبی حصہ) -

عریض رابطات ماساریقائے انبوبہ -

بولی تناسلی ثنیہ -

دلیلہ فرج اور زور قی حصہ -

بولی تناسلی جوف -

جنین کے نوکے کسی مرحلہ پر بھی بیض کا نزول موقوف ہو سکتا ہے۔ ایسے بیض کو

بے محل (misplaced) بیض کہا جاتا ہے۔ اسی قسم کی بے محل اعضاء تناسل کے دیگر منوی
اغلاط کے ساتھ عموماً پائی جاتی ہے (دیکھو صفحہ 160)

حصہ اول - باب دوم

فعلیات

پستانوں کا صنفی دور

(THE MAMMALIAN SEXUAL CYCLE)

87

ان فعلیاتی مظاہر کے سمجھنے کے لئے جن پر زناہ صنفی اعضا کی وظیفی فعالیت کا انحصار ہے، تقابلی فعلیات، اور پستانوں کے خاندان کے دیگر ارکان کے تولیدی اعمال کا کسی قدر ذکر کرنا ضروری ہے۔ ہیلر (Hillier) نے حال ہی میں یہ کہا ہے کہ جہاں تک ہیں علم ہے، جو جسم انسان کی ترکیب میں کوئی ایسے ضروری یا مخصوص ممیز خواص موجود نہیں جن کی وجہ سے یہ کسی دوسرے حیوان سے مختلف ہو۔ لہذا کسی حیوان کا بھی مطالعہ کرنے سے ہمیں اپنے اور دیگر حیوانات کے متعلق کچھ نہ کچھ معلومات حاصل ہو سکتی ہیں۔ یہ بیان تولیدی فعل کی تفصیلات پر خاص طور پر صادق آتا ہے۔ اور حیوانات کی صنفی فعلیات کے عمیق مطالعہ اور حیوی کیمیا کی تحقیقات کی مدد سے ان اساسی اصولوں کے قائم کرتے ہیں بہت کچھ مدد ملی ہے جن پر عورت کے صنفی اعضا کی فعالیت کا انحصار ہے۔

حیوانات کی دنیا میں صنفی اعضا کے فعلیاتی وظائف میں، ادنیٰ اور اعلیٰ دونوں قسموں کے عضویوں کی اکثریت میں، ایک معین دوری اسلوب یا توازن پایا جاتا ہے۔ صنفی فعالیت اور صنفی سکون کے زمانے باقاعدہ وقفوں پر رونما ہوتے ہیں۔ ان زمانوں کے طول اور ان کے باہمی تناسب میں سکون اور فعالیت کی حالتوں میں مختلف حیوانات میں بہت کچھ اختلاف پایا جاتا ہے۔ اور ماحول کے عوامل مثلاً تائیس (پالتو بنانا) اور تغذیہ اور انتخابی افزائش نسل سے بعض انواع میں

فطری توازن (natural rhythm) پر معتد بہ اثر پڑتا ہے۔

سال کا وہ حصہ جس میں پستانوں کے تولیدی نظام کی فعلیاتی فعالیت رونما ہوتی ہے "تناسلی زمانہ" (sexual season) کہلاتا ہے (ہیبپ: Heape)۔ اور بقیہ حصہ میں تناسلی اعضا غیر فعال یا حالت سکون میں رہتے ہیں۔ مادہ اپنے تناسلی زمانہ میں جو جنگلی زندگی میں سال میں صرف ایک مرتبہ آتا ہے صنفي فعالیت کے دوروں کے ایک سلسلہ میں سے گذرتی ہے۔ یہ زمانہ جو تناسلی موسم میں یکے بعد دیگرے نمودار ہوتے ہیں "شبعی دور" (oestrus cycle) پر مشتمل میں ہیبپ (Heap) نے اس زمانہ کو چار حصوں میں تقسیم کیا ہے :-

(۱) غیر شبعی زمانہ (ancestrum) یا زمانہ سکون۔

(۲) پیش شبعی زمانہ (pro-oestrus) (منی کا زمانہ) یا بیض اور دروں رحمہ کی وظیفی فعالیت اور بالیدگی کا زمانہ۔

(۳) شبعی زمانہ (oestrus) (جفتی کا زمانہ) یا وہ زمانہ جب کہ انصباب وقوع میں آتا ہے۔

(۴) (۱) حمل یا (ب) کاذب حمل (بدل حمل: progestation)۔

غیر شبعی زمانہ (ancestrum) میں رحم ایک غیر فعال حالت میں ہوتا ہے۔ دروں رحمی غدود چھوٹے چھوٹے ہوتے ہیں اور یہ عضو نسبتاً عظیم الدم ہوتا ہے۔ جہاں تک گرائی جرابوں کا تعلق ہے مبین بھی وظیفی طور پر غیر فعال ہوتے ہیں۔ یہ زمانہ جرابوں کے تدریج بڑھنے اور نمونانے کا ہے جو اس وقت تک فعلیاتی طور پر فعال نہیں ہوتے جب تک کہ اس کے بعد پیش شبعی زمانہ (pro-oestrus) شروع نہیں ہو جاتا۔

88

پیش شبعی زمانہ کی ابتدا میں جو بیطاری معلقوں میں "گرمائے" کے نام سے مشہور ہے صنفي غدود کی فعالیت شروع ہو جاتی ہے۔ جو گرائی جراب سنجہ ہو جاتے ہیں وہ حیوان کے بیض کی سطح پر ابھر آتے ہیں، اور چھوٹے چھوٹے تنیدہ دویروں کی شکل اختیار کر لیتے ہیں جو جرابی سیال (liquor folliculi) سے متلد ہوتے ہیں۔ گرائی جراب کے نمواور اس کی پختگی کے ساتھ ساتھ دروں رحمہ (endometrium) میں افزائش بالیدگی اور غنیمت کے نشانات پائے جاتے ہیں۔ اس کی دو خصوصیتیں بالخصوص قابل ذکر ہیں، یعنی جسمی دروں رحمہ کی غدی فعالیت، اور ہیکل (stroma) کے سطحی خلیوں کے درمیان خون کی درریشش بچتہ غدویں سے افزائش کر کہ ہفتہ رقم میں

ہوتا ہے، اور دروں رحمہ کا امتلا اتنا بڑھ جاتا ہے کہ اس کی وجہ سے نہ صرف غددی بعض اوقات منقطع ہو جاتے ہیں، اور سرخ خلیہ ان کے درونہ میں نکل آتے ہیں بلکہ بعض حیوانات مثلاً کتیا میں اسکی سطح بھی کسی قدر بھٹ جاتی ہے اور اگر ایسا ہو جائے تو براستہ مہبل ذرا ساسیلا ان خون بھی واقع ہو جاتا ہے۔ بہر کیف اس امر کا خیال رکھنا چاہئے کہ اگرچہ پیش شبعقی زمانہ (pro-cestum) میں دروں رحمہ میں کثرتِ قرینیت پائی جاتی ہے مگر پستانوں کی صرف چند متیں ہی ایسی ہیں جن میں امتلا اتنا انتہائی ہوتا ہے کہ تناسلی خطہ میں سے خارجی نطف واقع ہو جاتا ہے۔

جو منظر زیادہ کثرت کے ساتھ دیکھنے میں آتا ہے وہ رحمی غدود کا مضطرب ہونا ہے، اور بعض قسموں میں مہبل کے سطحی قرینیت یافتہ خلیوں کا خفیف سا نقشہ بغیر کسی خارجی نطف کے واقع ہو جاتا ہے۔ سٹاکارڈ (Stockard) اور پیپینیکولا (Papanicolaou) نے تو اوش (rodents) کے تناسلی دور پر تحقیقات کرنے کے دوران میں ان قرینیت دار خلیوں کے مہبل کے اندر کے افراد میں موجود ہونے کو مستانے کے ثبوت کے طور پر استعمال کیا ہے۔ پیش شبعقی زمانہ (pro-cestum) بالعموم حل کی طیاری کا زمانہ تصور کیا جاتا ہے، اور اگر اس تعلق کو مد نظر رکھا جائے جو دروں رحمہ کے نمودار اسکی ولیفنی فعالیت کو کوئی جواب کی پیشگی اور اس کے فعل سے ہے تو اس امر میں کچھ شبہ بھی نہیں ہو سکتا۔ پیش شبعقی زمانہ (pro-cestum) کے فوراً بعد شبعقی زمانہ (Estrus) (یونانی "گھڑکھی") شروع ہو جاتا ہے جو اکثر پستانوں میں مقدار بہتہ کا زمانہ ہے۔ کئی ایک پستانوں میں (سب میں نہیں) یہ زمانہ تناسلی دور کے اس وقت کو ظاہر کرتا ہے جب کہ جواب میں شگفتگی واقع ہوتی ہے، اور بیضہ آزاد ہو جاتا ہے، اور سیالی جواب خارج ہو جاتا ہے۔

شبعقی زمانہ (جفتی کا زمانہ) چند گھنٹوں سے لیکر (جیسا کہ بھیڑ میں) ایک ہفتہ تک (جیسا کہ کتیا میں) رہتا ہے۔ یہ معلوم کرنا دلچسپی سے خالی نہیں کہ جفتی کا زمانہ ان حیوانات میں جن میں پیش شبعقی زمانہ میں دروں رحمہ معرا نہیں ہوتا، دوسرے حیوانات (مثلاً کتیا) کے مقابلہ میں جن میں نطف کی بازگوین (regeneration) ضروری ہوتی ہے، نسبتاً قلیل ہوتا ہے۔ شبعقی زمانہ (cestus) میں رحمی غدود کی فعالیت جاری رہتی ہے، اور کھفہ رحم میں بہت سا افراد موجود ہوتا ہے۔ اس حالت میں قرینیت یافتہ خلیات کی جگہ افراد مہبل میں بہت سے خلیات بعض نمودار ہو جاتے ہیں، اوقبل ذکر میں ملاحظہ ان غیرت واقع ہو جاتے ہیں۔ مہبل کے افراد میں خلیات بعض کی اس موجودگی سے تجربات کے دوران میں یہ معلوم کرنے کے لئے استفادہ کیا جاتا ہے کہ پیش شبعقی زمانہ کب ختم ہوا، اور شبعقی زمانہ

کب شروع ہوا۔

اگر انحصاب واقع نہ ہو تو بدل اسمی تغیرات واقع ہو جاتے ہیں جو اپنی لازمی تشریکی تفصیلات میں، جہاں تک بیض، رحم، اور پستانی غدود کا تعلق ہے، صادق حل کی حالت سے مشابہت رکھتے ہیں۔ ان میں جو اختلاف پایا جاتا ہے وہ صرف درجہ کا ہے۔ اس حالت کو کاذب حمل (pseudo-pregnancy) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے اور کآزر (Corner) نے حال ہی میں اس کو "بدل حمل" (Progestation) کا نام دیا ہے۔

بیض میں جیم اصغر خوشق گرائی جراب میں پیدا ہوتا ہے کاذب حمل کے دوران میں شروع سے لیکر اخیر تک برقرار رہتا ہے، اور اس کے اختتام پر اس میں اضطراب واقع ہو جاتا ہے، اور اس کی رنگت ایک لپاؤڈ "لیوٹن" (lutein) کے پیدا ہونے سے زرد ہو جاتی ہے جس لئے اسکو جیم اصغر کہتے ہیں۔ کاذب حمل کے دوران میں رحم میں کثرت عرقیت پائی جاتی ہے، اور دروں رحمہ لیلانا ہیکل، غدویشیں پروردہ ہو جاتا ہے۔ بیضیں پروردہ بافت بالقوہ ریزینہ (potential decidua) تصور کی جاتی ہے، اور رحمی غدود کافراز، جو بعض انواع مثلاً حاملہ کمر دار جانوروں میں بافراط پایا جاتا ہے اور "لبن الرحم" (uterine milk) کے نام سے موسوم ہے، انحصاب یا نثہ بیضہ کے لئے اس کے مکمل طور پر مدفون ہونے سے پیشتر اس کے تغذیہ کے امکانی ماخذ کا کام دیتا ہے۔

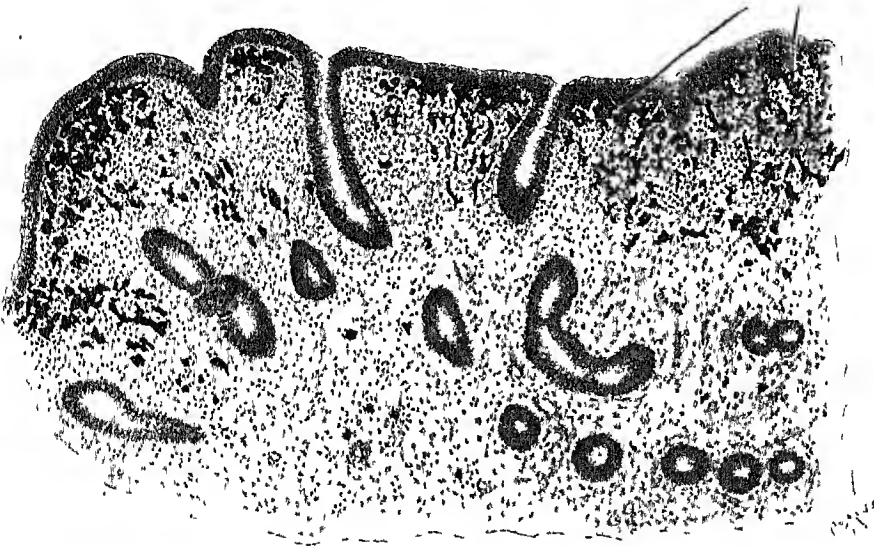
کاذب حمل کے اختتام پر جس کی حقیقی میعاد مختلف حیوانات میں مختلف ہوتی ہے، التفات (involution) کی ایک حالت پیدا ہو جاتی ہے جو دروں رحمہ کے اضطراب سے، اور بعض مثالوں میں ایک واضح تخرجے جس کے ساتھ زف بھی پایا جاتا ہے، ممیز ہے۔ کتیا میں اس درجہ پر جب کہ دروں رحمہ کی ساختوں میں جریان خون واقع ہوتا ہے کوئی خارجی زف واقع نہیں ہوتا۔ دوسرے حیوانات مثلاً گائے میں ایک واضح بعد شبعی زف واقع ہوتا ہے جس سے نام ہند "حیضی تھکا" (menstrual clot) بن جاتا ہے۔ ہیمنڈ (Hammond) نے اس کے متعلق یہ خیال ظاہر کیا ہے کہ قلیل التہ کاذب حمل کے اختتام کا مظاہرہ جب کاذب حمل قلیل التہ ہوتا ہے تو یہ باسانی سمجھ میں آجائے گا کہ زف اس بافتی کتنخز کا جو اس کے اختتام پر واقع ہوتا ہے ایک نمایاں خاصہ ہوگا کیونکہ کاذب ریزینہ (pseudo-decidua) کی حالت خبیثہ ہوتی ہے۔

مینا بریں ہم اس اہم نتیجہ پر پہنچتے ہیں کہ پستانوں (mammalia) کی مختلف انواع میں تناسلی خطہ سے زف، تناسلی دور کے مندرجہ ذیل اوقات پر واقع ہو سکتا ہے، اور واقع

ہوتا بھی ہے :-

(۱) پیش منشیقی زمانہ (pro-cestum) میں، دروں رحمہ کے مقامی امتلا کے نتیجہ کے طور پر اس فعلیاتی حالت کی وجہ سے، مثلاً گتیا میں۔

(۲) کاؤب حل یا بدل حمل (progestation) کے اختتام پر کاؤب ریزینہ (false decidua) کے انحطاط اور منخر کے نتیجہ کے طور پر، مثلاً گائے میں۔



شکل ۱۷۔ بھیڑ کے دروں رحمہ کی تراش جو در ریزینہ خون سے پیدا شدہ میاہ لون کو ظاہر کرتی ہے۔ (مارشل۔)

جیوانات کی دوسری قسموں مثلاً بھیڑ، مادہ سور، گھوڑی اور مختلف قوائس (rodents) میں کہفہ رحمہ میں، پیش منشیقی زمانہ کے امتلا کے درجہ میں، اور کاؤب حل کے اختتام پر کے التفاوت کے دوران میں بھی قطعاً کوئی نزوف واقع نہیں ہوتا (دیکھو شکل ۱۷)۔

تولیدی افعال کو مد نظر رکھتے ہوئے پستانوں کو طبی طور پر دو میزگرہوں میں تقسیم کیا جاسکتا ہے :-

(۲) وہ پستانہ جن میں تناسلی موسم میں صرف ایک مکمل شبعی دور (oestrus cycle) پایا جاتا ہے۔ یہ ”ایک شبعی قسم“ (monocestrus type) سے تعلق رکھتے ہیں۔ (ب) وہ پستانہ جن میں تناسلی موسم میں چھوٹے چھوٹے شبعی دور باقاعدہ وقفوں پر بار بار پائے جاتے ہیں۔ یہ ”کثیر شبعی قسم“ (polycestrus type) سے تعلق رکھتے ہیں۔ ایک شبعی (monocestrus) پستانہ کی مثال کتیا ہے جس کے ایک سال میں دو تناسلی موسم ہوتے ہیں، یعنی بہار اور خزاں۔ کتیا کے اس سادہ دور کو یوں بیان کیا جاسکتا ہے۔
ایک شبعی (کتیا)۔

غیر شبعی زمانہ . . . ۳ ماہ۔ یہ جراب کے نموسے ممیز ہوتا ہے۔
پیش شبعی زمانہ . . . ۱۰ تا ۱۴ دن۔ یہ دروں رحمہ کی غدی فعالیت اور اسکے امتلا سے ممیز ہوتا ہے۔
شبعی زمانہ . . . ۷ دن۔ یہ تنولیف اور دروں رحمہ کی افزائی فعالیت سے ممیز ہوتا ہے۔

کاذب حمل کا زمانہ . . . ۱۵ تا ۲۵ ہفتہ۔ یہ جہم اصفر اور دروں رحمہ کے مزید نموسے ممیز ہوتا ہے۔
النفات کا زمانہ . . . ۷ دن۔ یہ جہم اصفر کے انحطاط اور دروں رحمہ کے تنخر سے ممیز ہوتا ہے۔

کثیر شبعی (polycestrus) حیوانات میں انفرادی شبعی دور کی منہم اور مدت میں بہت کچھ اختلاف پایا جاتا ہے۔
عام طور پر یہ کہا جاسکتا ہے کہ کثیر شبعی قسم کا تناسلی دور ایک شبعی قسم سے مندرجہ ذیل امور میں مختلف ہوتا ہے۔

(۱) غیر شبعی زمانہ (ancestrum) بعض اوقات موجود نہیں ہوتا، جیسا کہ اعلیٰ حیوانات (primates) میں۔

(ب) پیش شبعی زمانہ (pro-oestrus) قلیل ہوتا ہے، اور یہ تقریباً تمام قسموں میں صرف دروں رحمہ کے امتلا اور رحمی غد کی افزوہ فعالیت سے ممیز ہوتا ہے، مگر کوئی خارجی نزف واقع نہیں ہوتا۔

(ج) ششماشی زمانہ (oestrus) بہت قلیل المدت ہوتا ہے اور بعض اوقات صرف چند گھنٹہ تک ہی رہتا ہے جیسا کہ بھیڑ اور گائے میں۔

(۵) کاؤب عمل کا زمانہ بھی مختصر ہوتا ہے۔ اور اس کے اختتام پر بعض اقسام میں حاجی زوف واقع ہوتا ہے جیسا کہ ہم پہلے گائے کی مثال دے چکے ہیں۔ کثیر ششماشی (polyoestrus) حیوانات میں کاؤب عمل کے مختصر زمانہ یا قلیل المدت متوالی دوروں کے درمیان کے وقفہ کو ہیپ (Heape) نے سکون کا تخفیف یافتہ زمانہ تصور کیا ہے اور اس نے اس کا نام ”بین ششماشی زمانہ“ (dicoestrus) رکھا تھا۔

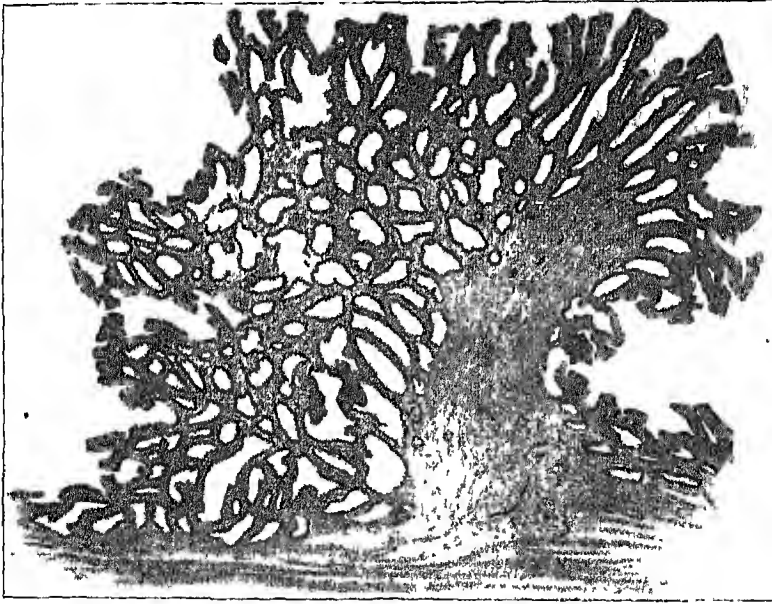
اسی اصطلاح کو برقرار رکھتے ہوئے ہیپ (Heape) نے کثیر ششماشی پستانوں کے چھوٹے سے تناسلی دور کو ”دو ششماشی دور“ (Dicoestrus Cycle) کے نام سے موسوم کیا ہے۔

اگرچہ بعض جنگلی جانوروں میں اور خاص کر قوارض (rodents) میں کثیر ششماشی حالت طبعی طور پر دیکھنے میں آتی ہے مگر یہ امر قابل ذکر ہے کہ پالتو جانوروں کی بہت سی قسموں میں یہ انتخابی تولید (selective breeding) متغیر تغذیہ اور تبدیل شدہ ماحول کا بلا واسطہ نتیجہ معلوم ہوتی ہے۔ مارشل (Marshall) نے اس امر کی طرف توجہ دلائی ہے کہ گوجنگلی بھیڑ ایک ششماشی (monoestrus) ہے مگر سکاٹ لینڈ کی سیاہ منہ والی بھیڑ کے تناسلی موسم میں وہاں کے کوستانی علاقوں میں دو ششماشی دور (dicoestrus cycles) ہوتے ہیں۔ اسی نسل کے دور سکاٹ لینڈ کے نشیب علاقوں میں بہتر صورت حالات کے تحت پانچ یا چھ تک پہنچ جاتے ہیں۔ بخلاف اسکے مختلف انگلستانی نسلوں مثلاً ڈراکسٹ شائر کی بھیڑوں میں تناسلی موسموں کے تعدد کی وجہ سے اور بھی زیادہ تولیدی فعالیت پائی جاتی ہے اور یہ ایک سال میں دو مرتبہ بچے دیتی ہیں۔ نیوساؤتھ ویلز کی مریو بھیڑوں (Merinos) میں دو ششماشی دور سال بھر میں یکے بعد دیگرے متواتر نمودار ہوتے ہیں اور غیر ششماشی زمانہ (anoestrus) قطعاً موجود نہیں ہوتا۔ یہ ظاہر ہے کہ اس انتہائی دوری فعالیت کا مقصد عمل کے امکان کو بڑھانا اور اس طرح انوارش کی بار آوری کو ترقی دینا ہے۔

تناسلی دوروں کا اس قسم کا مصنوعی ازویاد پالتو مرغیوں کی مختلف قسموں اور چنیا بطخ میں دیکھنے میں آتا ہے جو ہر روز انڈا دیتی ہیں۔ اس کثرت سے انڈے حاصل کرنا تناسلی توازن کے تجرباتی اختلاف کا تجارتی اغراض کے لئے سائنٹفک استعمال ہے۔

یک ششماشی قسم سے کثیر ششماشی قسم کا مصنوعی طور پر پیدا کر لینا ماہر امراض النساء کیلئے تقابلی

فعلیات کا ایک دلچسپ اور اہم پہلو ہے اور اس کا عمیق مطالعہ کرنے کی ضرورت ہے۔ بو انٹ (Beaumont) ڈاؤکس (Dodds) اور دوسرے محققین نے حال ہی میں یہ ثابت کیا ہے کہ بعض غذائیں مثلاً گیہوں، مٹر اور کاہو (lettuce) تولیدی فعل پر ایک اہم اثر رکھتے ہیں۔ ان غذاؤں میں جیٹمین (vitamins) ہوتے ہیں جن کو غذا سے خارج کر دینے سے حاملہ جانوروں (مادہ چوبوں) میں اسقاط واقع ہو جاتا ہے۔ یہ ایک عجیب اتفاق ہے کہ صحرائے لیبیا کے خشک خطوں میں بھیڑوں کے



شکل ۲، خرگوش کے دروں رحمہ (endometrium) کی زائش عقیم مقامات سے نودن بعد۔ "کاذب حمل" (مصنوعی ریزینہ) کی حالت دکھائی دے رہی ہے۔ غذا بخوبی مویافتہ ہیں (ایمنڈ اور مارشل)۔

گلوں کو جو غذا زیادہ تر میسر آتی ہے وہ "الفالفا" (Alfalfa) ہے جس میں جیٹمین E (vitamin E) خاص طور پر افراط سے ہوتا ہے۔ یہ جیٹمین تولیدی جیٹمین کہلاتا ہے۔ کثیر شلتقی (polyoestrus) حیوانات جس سے اکثر میں پولیض (ovulation) شلتقی زمانہ کے

دوران میں یا اس سے ذرا پر بعد واقع ہوتی ہے۔ حیوانات کی چند قسموں مثلاً خرگوش اور بلی میں پیش شبعی (pro-œstrum) اور شبعی (œstrus) زمانے بظاہر متحد ہوتے ہیں، اور گرائی جراب کا انشقاق مقاربت سے صرف چند گھنٹے بعد واقع ہوتا ہے۔ اگر مقاربت واقع نہ ہو تو مہینہ آزاد نہیں ہوتا، اور جسم اصغر نہیں بنتا۔ ان صورت حالات میں کا ذب حل نہیں پایا جاتا، اور شبعی طویل زمانہ غیر محسوس طور پر غیر شبعی زمانہ میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ بیض کے غیر نشق جراب لے انتقاب ہو جاتے ہیں اور ان میں اسخراط پیدا ہو جاتا ہے جس سے ان کہنوں میں نزف بھی واقع ہو جاتا ہے۔ بخلاف اس کے اگر کسی قنات بریدہ (vasectomised) نر سے مقاربت عمل میں آئے تو نشق جراب جسم صفر پیدا ہو جاتا ہے، اور دروں تجربہ میں وہ فعالیت دیکھنے میں آتی ہے جو کا ذب حل کا اتنیازی خاصہ ہے (دیکھو صفحہ 72)۔

اعلیٰ حیوانات (primates) میں تولیدی دور میں مزید ترقی پائی جاتی ہے، حتیٰ کہ جنس "انسان" (homo) میں اس قدر پیچیدگی پیدا ہو گئی ہے کہ ان فعلیاتی امور کی توجیہ و توضیح میں جو اس سریری مظهر کے ساتھ ظاہر ہوتے ہیں کچھ وقت پیش آتی ہے۔ عورت اور مادہ بندر دونوں کی تناسلی زندگی بوضع سے لیکر انقطاع الطمث تک چھوٹے چھوٹے شبعی دوروں کے ایک سلسلہ پر مشتمل ہوتی ہے جس میں یہ ہمیشہ پے در پے نمودار ہوتے ہیں۔ ان میں غیر شبعی زمانہ (ancestrum) موجود نہیں ہوتا۔ اور یہ دور جن کے متعلق یہ خیال کیا جاتا ہے کہ یہ ہیپ (Heape) کے دو شبعی دوروں (Diestrus Cycles) کے تناظر ہیں، متوالی اور مسلسل ہوتے ہیں۔ ہر ایک "زمانہ" (period) دوسرے کثیر شبعی حیوانات کی طرح ہمیش شبعی زمانہ (pro-œstrum) شبعی زمانہ اور کا ذب حل (بذل حل - مین شبعی زمانہ - بعد شبعی زمانہ: metœstrum) پر مشتمل ہوتا ہے، اور یہ تقریباً ایک قمری مہینہ میں تمام ہوتا ہے۔

اگرچہ بندروں میں اس قسم کے دور مسلسل دیکھنے میں آتے ہیں، مگر یہ معلوم کرنا لچسپی سے خالی نہیں کہ تولید بعض زمانوں تک ہی محدود ہوتی ہے۔ لہذا یہ ظاہر ہے کہ پستانوں میں بار آور تولیض کو پیش شبعی زمانہ (pro-œstrum) سے ضرور ایک علیحدہ مظهر تصور کرنا چاہئے۔ کاذر (Corner) نے یہ مشاہدہ کیا ہے کہ بعض بندروں میں جن میں تولیض واقع نہیں ہوئی تھی اور اس لئے جسم اصغر اور حل کا ذب بھی موجود نہیں تھے دروں رحمہ کی حیضی پیش و موبیت (menstrual hyperæmia) کسی قدر تنخر کے ساتھ پائی جاتی تھی۔

مزید برآں بعض انواع انسان میں اور خاص کر اسکے بعض ابتدائی اقسام میں اس امر کی

شہادت پائی جاتی ہے کہ ان میں ایک "خاص" تولیدی موسم موجود ہوتا ہے جیسا کہ ویسٹرمارک (Westermarck)، پلاس (Ploss) اور فریزر (Frazor) کی تصانیف سے ظاہر ہوتا ہے۔ بندر میں تبویض حیضی دور کے بعد چودھویں اور سترہویں دن کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ یہ امر شروٹر (Schroeder) ولبیوشاہ (W. Shaw) اور دوسرے محققین کی تحقیقات کے مطابق ہے جنہوں نے جسم اصغر کی روئداد حیات کا مطالعہ کرنے سے یہ خیال قائم کیا ہے کہ "نوع انسان" میں تبویض حیضی دور کے بعد تیرہویں اور سترہویں دن کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ آدمی اور بندر دونوں میں تبویض کا مقاربت سے کچھ تعلق نہیں۔ اور اگرچہ ان دونوں قسموں میں ایک مختصر سے شبثی زمانہ کے موجود ہونے کی شہادت موجود ہے، مگر یا تو بندروں (میکیکس ریسس Macacus rhesus) میں مقاربت تناسلی دور کے کسی حصہ میں بھی واقع ہو سکتی ہے۔ مارشل (Marshall) نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ افراط غذا اور آرام و آسائش سے شبثی زمانہ بڑھ جاتا ہے اور بعض ادنی حیوانات، مثلاً پالتو خرگوشوں میں کثرت غذا اسے تحریک پیدا کرنے پر عمل کے ابتدائی درجہ میں بھی اکثر اوقات مقاربت واقع ہوتی رہتی ہے حالانکہ افراط نسل کے مقصد کے لئے یہ بالکل بے بس ہوتی ہے۔

بیض کے افعال

بیض کے افعال دو طرح کے ہیں۔

اس کا پہلا اور نمایاں ترین فعل بلاشبہ تبویض (ovulation) ہے۔ یہ عمل بیضیوں کے حالت اختتام میں جمع ہونے اور گرائی جرابوں کی شنگی اور ان کے انشقاق، اور استبدائی بیضیوں (oöcytes) کے باریطونی کہفہ میں خارج ہونے پر مشتمل ہے۔ اس پر استنقرار حمل اور انواع کی افراط نسل کا دارومدار ہے، اس لئے یہ جسم کے اہم ترین افعال میں سے ہے۔ جرابوں کی شنگی اور ان کی شگفتگی کی اور بعد کے بافتی تصور کی تسبیحات کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے (صفحات 39 تا 45)۔ اب ان فعلیاتی امور کا ذکر کو ناضروری ہے جو تبویض کے طبعی عمل، جسم اصغر کے بڑھنے اور حمل (دونوں درجہ رحمہ اور رحمہ) کے باہمی فریبی رشتہ سے تعلق رکھتے ہیں۔ یہ امر مسلمہ تصور کیا جا سکتا ہے کہ انواع انسان میں بیضی خلیہ کا اخراج حیضی دور کے چودھویں دن سے لیکر سترہویں دن کے اندر اندر واقع ہوتا ہے۔ یہ حجاب سابقہ زمانہ حیض کے پہلے دن سے لگایا جاتا ہے۔

اس بیان پر انسانی بیضہ کی اول اول تنصیب کے متعلق گروسر (Grosser) کنوس (Knaus) اور دیگر ماہرین تشریح نے کچھ اعتراضات کئے ہیں لیکن ان نقادین نے اعتراض کرتے وقت اس امر کو نظر انداز کر دیا ہے کہ منوی حیوان زندہ بھی رہ سکتا ہے۔ شرودر (Schröder) نے حال ہی میں تمام ممکن الحصول شہادات پر مکرر غور کیا ہے اور اس نے انسانی تبویض کے لئے تناسلی دور کا تقریباً چودھواں دن مقرر کیا ہے۔ اس کے حاصل کردہ نتائج کو ماہرین امراض النساء کی ایک اکثریت نے تسلیم کیا ہے۔ حیضی دور کے ستر عیسویں دن سے لیکر ستائیسویں دن تک جسم اصغر فعال رہتا ہے اور میمرز لیوٹینی خلیے نمود پاتے ہیں اور ان کی کثرت تعداد برقرار رہتی ہے۔ جسم اصغر کے بننے کی اہمیت اس کے اندامی عمل ہونے کے مقابلہ میں بہت زیادہ ہے۔ لیوٹینی خلیے وہ عناصر ہیں جو بیض کے اتنے ہی میمرز خواص میں سے ہیں جتنے کہ گرافی جواب ہیں، کیونکہ یہ کسی دوسرے عضویں نہیں پائے جاتے اور جن بافتوں میں یہ پائے جاتے ہیں ان کو بیضی بافت قرار دینے کے لئے ان کا وجود کافی ہوتا ہے۔ جسم اصغر صرف اسی زمانہ میں پایا جاتا ہے جو تناسلی نقطہ نظر سے بلوغ کا زمانہ ہوتا ہے اور حیض اور تولید کے اعمال سے اس کو قریبی تعلق ہے۔ یہ تعلق ایک ہارمون (hormone) کے ذریعہ سے عمل میں آتا ہے اور حالیہ سالوں میں ایسے انکشافات ہوئے ہیں جو ایک پیچیدہ میکانیہ پر دلالت کرتے ہیں جس سے مذکورہ تعلق قائم رہتا ہے۔

بیضی ہارمون (Ovarian Hormones) - بیض کے متعلق کئی سالوں سے یہ خیال کیا جاتا تھا کہ اس سے اندرونی افراز پیدا ہوتا ہے اور یہ ابتدائی اور ثانوی صنفی خواص اور سن بلوغ کی ابتداء کو، اور ان تمام مختلف الاقسام میں صفات کو (خواہ وہ جسمانی ہوں یا ذہنی) جو عام طور پر بالغ عورت کے طبعی خصوصیات تصور کئے جاتے ہیں متاثر کرتا ہے۔ یہ اس غدہ کا دوسرا فعل ہے جو افراد کے لئے اتنا ہی اہم ہے جتنی کہ انوع کے لئے تبویض ہے۔

یہاں اس تحقیقات کا کسی قدر ذکر کرنا ضروری ہے جو ابتدائیں بیض کے متعلق کی گئی تھی اور جس سے یہ یقینی طور پر ثابت ہوا تھا کہ اس غدہ سے اندرونی افراز پیدا ہوتا ہے۔ آختہ نابالغ حیوانات میں بیضی بیوند لگانے اور یہ مشاہدہ کرنے سے کہ یہ بیوند صنفی اعضا میں قبل از وقت نمودار فصل پیدا کر دیتے ہیں (ہالبن: Halban، لپشوتز: Lipschutz، سٹیناخ: Steinach) مختلف بیضی خلا سے طیار کئے گئے اور ان کا سری بری طور پر امتحان کیا گیا۔ اس طرح جو نتائج اول اول حاصل ہوئے ان سے زیر تحقیق موضوع پر کچھ روشنی نہیں پڑتی، حتیٰ کہ ایڈلر (Adler) نے ۱۹۱۲ء میں بیض کے آبی خلاصہ کا ایسے جانوروں میں استعمال کرنے سے جن میں بیض خارج کوڑے کئے تھے صنفی فعالیت کی علامتیں پیدا کر دیں

اس سے پیشتر فرنیکل (Fraenkel) نے ۱۹۰۳ء میں دروں رحمہ میں ایک دروں افزائی کا نظامہ کو کیا تھا جو دروں رحمہ کو بیضہ کے ممول کرنے کے لئے طیار کرتا ہے۔ نرگوشتوں میں مقابرت کے بعد بیض کو دور کرنے یا جسم اصغر کا گلوبہ کر دینے سے اس نے ہمیشہ یا تو کل کو روک دیا اور یا اسقاط پیدا کر دیا۔ اس وقت یہ خیال کیا جاتا تھا کہ بیض سے صرف ایک ہی ہارمون پیدا ہوتا ہے، اور اسکے مبدا کے متعلق اختلاف رائے تھا یعنی آیا یہ بیضی پیکل کے خشکی غلیات سے پیدا ہوتا ہے یا ذرا نشی غلیات سے، اور یا جسم اصغر کے لیوینی غلیات سے۔ اب یہ خیال کیا جاتا ہے کہ اس سے کم سے کم دو اندرونی افرازات پیدا ہوتے ہیں اور یہ بھی ممکن ہے کہ تین ہی پیدا ہوتے ہوں۔

94

شوق انگیز ہارمون (The Estrus-producing Hormone) - قوارض (rodents) کے رحمی اور پیکلی سرطہ میں جو شقی تغیرات واقع ہوتے ہیں ان کے متعلق جو اکتشافات سٹاکارڈ (Stokard) اور پی پی کولا (Papanicolaou) نے کئے ہیں ان سے ایک مفید عملی طریقہ کا استنباط ہوا جس سے مختلف بیضی غلاصوں کے فعل کا امتحان کیا جاسکتا ہے۔ اس طریقہ کی مدد سے آلن (Allen) اور ڈائزی (Doisy) نے ۱۹۲۵ء میں بیضی بافت کے اندر ایک شوق انگیز ہارمون کا مظاہرہ کیا۔ اگرچہ اس کی ہبل سے تناسلی سکون کے زمانہ میں آلودہ (smear) دیا جائے تو وہ مفید غلیات پر مشتمل ہوتا ہے شوق (cestrus) کے دوران میں اس میں عظیم النوات فلسانی سرطلی غلیات بہت کثرت سے موجود ہوتے ہیں اور یہ طریقہ امتحان جس کی تعبیر آلن (Allen) اور ڈائزی (Doisy) نے کی ہے بیضی غلاصوں کی طاقت معلوم کرنے کیلئے استعمال کیا جاسکتا ہے۔ ”چوہا کا ی“ (rat unit) کی تعریف یہ ہے کہ یہ غلاصہ کی وہ زیادہ سے زیادہ تقیق ہے جسکے بالغ بیض آوردہ چوہے کو پہلے دن چار چار گھنٹہ کے وقفہ سے تین اشرب دینے سے چوتھے دن کی صبح کو کاشفہ مثبت ثابت ہو۔

یہ امر کہ جرابی سیال میں بھی بیض کا شوق انگیز ہارمون موجود ہوتا ہے پہلے پیل فرنیکل (Frank) نے ثابت کیا تھا اور اس کا نام ”فولی کلین“ (Folliculin) رکھا گیا تھا۔ بعد میں دائرنون، حیضی مواد، پیشاب، اور مشیمہ (placenta) میں، اور نرگی بافتوں اور بعض پودوں کے پتوں میں بھی، ایک اندرونی افراز کا وجود ثابت کیا گیا جس کے شوق انگیز خواص مذکورہ افراز کے متماثل تھے۔ اس فعال جوہر کی وسیع تقسیم کی وجہ سے اس کے بہت سے نام رکھے گئے، مثلاً ”زنانہ جنسی ہارمون“ (Female Sex Hormone)، ”ایسٹرین“ (Estrin)، ”تھائی لوکینین“ (Thylokenine)، ”تھیلی لین“ (Theelin)، وغیرہ وغیرہ جو اس میں مترادف ہیں، اور اب ابتدائی نام ”فولی کلین“ (Folliculin) کی جگہ متعل ہیں۔

آلن (Allen) اور ڈائزی (Doisy) نے ۱۹۲۸ء میں ۶ میں اور بعد میں

بوٹی نیٹ (Butenandt) نے ایسٹرین (oestrin) کو ایک قلمی اور بستا خالص شکل میں علیحدہ کیا۔ اب چونکہ یہ مرحلہ طے ہو گیا ہے اس لئے اس ہارمون کے خواص کی تحقیقات اسکو سریری طور پر آزمانے اور حیوانات پر تجربہ کرنے سے کی جاسکتی ہے۔ اور وہ قہصل جو یہ ہارمون بالغ عورت میں ہارمونی سلسلہ میں سرانجام دیتا ہے زیادہ صحیح طور پر معلوم کیا جاسکتا ہے۔ اب تک اس کے متعلق جو معلومات بہم پہنچی ہیں وہ غیر خالص تہیزات سے تجربات کرنے کا نتیجہ ہیں۔ ڈکنس (Dickens) ڈاؤس (Dodds) اور رائٹ (Wright) نے ۱۹۲۵ء میں ڈل کس ہسپتال (Middlesex Hospital) میں ایک فعلیاتی جوہر مادہ سور کی مبعض سے ایک صاف جموڑے تیل کی شکل میں علیحدہ کیا جو مکمل، ایٹھرا ایسی ٹون اور روغن زیتون میں حل پذیر تھا، اور جس کا مبعض برآوردہ چوبوں میں اشراب کرنے سے چوبیس سے لیکر چھتیس گھنٹوں میں شبق پیدا ہو جاتا تھا۔ مزید برآں اس کے ایک سولی گرام کے اشراب کے تین دن کے اندر اندر مادہ بندر میں بظاہر معیاری حیضی زوف پیدا ہو گیا (کارنر: Corner)۔ یہ فعال جوہر کیمیائی نقطہ نظر سے غالباً "ابادیری" سلسلہ (aromatic series) کا ایک مرکب ہے، اور بنز پیرین (benz-pyrene) اور بنز انٹھراسین (benz-anthracene) کے گروہوں کا متجانس ہے جو خوشبوق انگیز اشیا ہیں۔ خون کے دباؤ پر اس کا ایک نمایاں خافض اثر ہوتا ہے۔ ۰.۲ مکعب سنٹی میٹر کے دروں وریلی اشراب سے پارہ ۹۴ ملی میٹر اتر جاتا ہے۔ نیزہ انسولین (insulin) کے فصل پر بھی اتنا ہی اثر رکھتا ہے۔ اس ہارمون کا خاص فعل یہ ہے کہ یہ صنفی اعضا کو ہيجان پہنچا کر ان کو فطینی فعالیت کی حالت میں لے آتا ہے۔ اور دروں رحمہ میں کبیش دمویت اور غدی فعالیت پیدا کرنے سے شبق یا خواہش متقاربت میں زیادتی پیدا کرتا ہے۔

لیوٹینی ہارمون (The Lutein Hormone)۔ اگرچہ مبعضہ کی باروری مذکورہ شبق انگیز ہارمون کے اثر سے عمل میں آتی ہے، مگر یہ امر ثابت کرنے کے لئے کافی شہادت موجود ہے کہ اس کا آئندہ نمود دروں رحمہ کے تغیرات کا تابع ہے جو ایک اور بالکل مختلف افراز

۱۔ See Articles by T. W. Cook, C. Hewitt and L. Hiegr in *Proc. Roy. Soc.*

Society Brit., 1932 cxi, 485; *Nature*, 1932, cxxx., 926; and *Journ.*

Chem. Soc., 1933, April, 395.

”پروجیسٹین“ (Progestin) سے وقوع میں آتے ہیں جو جسم اصفر کے خلیات سے پیدا ہوتا ہے۔ ان تغیرات کا آئندہ صفحات میں تفصیل سے ذکر کیا گیا ہے، اور یہاں صرف اتنا بیان کر دینا کافی ہوگا کہ لیوگینی مارمون کا اصلی فعل یہ معلوم ہوتا ہے کہ یہ دروں رحمہ کے ہیکلی خلیات کے نمو کو پیشگی کی حالت تک ترقی دیتا ہے جسے مجازاً ابتدائی ریزینہ تصور کیا جاسکتا ہے جو بارور بیضہ کے وصول کرنے کے لئے تیار ہوتا ہے (دیکھو صفحہ ۳ - ۱ اور ب - ۱) - شا (Shaw) کے مطابق جسم اصفر (شکل ۳۷) کی جسامت حیضی دور کے تقریباً انیسویں دن تک بڑھتی جاتی ہے۔ مگر اس دن کے بعد اس میں مختلف عورتوں میں معتد بہ اختلاف پایا جاتا ہے، اور ہمارا (بی - ڈبلیو) بیخیال ہے کہ اس دن کے بعد بھی ایک آئندہ زمانہ تک جسم اصفر کا نمو اور فعل جاری رہتا ہے حتیٰ کہ اس کا رشتہ حیات بیضہ کی ہلاکت سے منقطع ہو جاتا ہے۔ اگر بیضہ بارور ہو جائے اور استقرار حمل عمل میں آجائے تو جسم اصفر کم از کم حمل کے تیسرے یا چوتھے مہینہ تک فعل کرتا ہے جب شبیمہ (placenta) کا دوران خون قائم ہو جاتا ہے تو ریزینہ کی بالیدگی کی مزید ضرورت نہیں رہتی، اور انواع انسان میں جسم اصفر کا فعل بظاہر ختم ہو جاتا ہے حیض کا ”کاذب“ جسم اصفر، اور حمل کا ”صادق“ جسم اصفر کہنے سے کوئی فائدہ حاصل نہیں۔ صرف ایک ہی جسم اصفر ہوتا ہے، اور اس کا ایک ہی اہم فعل ہے۔ اور وہ یہ ہے کہ یہ دروں رحمی ہیکل کو اس کی بالیدگی اور اسکے مکمل ہو کیلئے بڑھتے ہوئے بیضہ کی ضروریات کے مد نظر محرک پر ہنجاتا ہے۔ جب یہ اپنا فعل انجام دے چکنا ہے تو اس میں کٹکتہ انحلا یا (syncytium) کی طرح انحطاط واقع ہو جاتا ہے، اور اس کے نوکی ترقی کے مدارج کو بیان کرنے کے لئے خاص اصطلاحات کا استعمال کرنا فضول اور مغالطہ انگیز معلوم ہوتا ہے۔

فرینکل (Fraenkel) کی جدید تحقیقات کی طرف



شکل ۳۷، طبعی جسامت کا نامی جسم اصفر
جو حیضی دور کے وسطیوں دن علیمہ کیا
گیا تھا۔ (وائٹ ہوس)۔

پہلے اشارہ کیا جا چکا ہے۔ اس نے جسم اصفر اور دروں رحمہ کا باہمی تعلق دریافت کیا تھا، اور ان مشاہدات کی کئی ایک دوسرے محققین نے تصدیق بھی کی ہے۔ ہالبن (Halban) نے چالیس واقعات میں مبيض سے جسم اصفر کا استیصال کرنے سے یہ معلوم کیا ہے کہ ایسے عملیہ کے بعد ۹۲۵ فی صدی میں رحمی نزف واقع ہو جاتا ہے۔ ہم (بی - ڈبلیو) نے ۱۹۲۶ء ہالبن (Halban) کے تجربات کا اعادہ کیا اور پہلے سے

رحمی مواد جمع کر کے اس کے متعلق تحقیقات کرنے سے یہ دریافت کیا کہ عورت میں جو رحمی نرس جسم اصفر کو دور کرنے سے پیدا ہوتا ہے اس کے ساتھ دروں رحمہ کا تخیر بھی واقع ہوتا ہے، کیونکہ رحمی امواد میں دروں رحمہ کے ٹکڑے موجود ہوتے ہیں۔

اگر کسی معینہ تبویض سے بیضہ بارور نہ ہوا اور استقرار عمل میں نہ آئے تو جسم اصفر میں اخطا واقع ہو جاتا ہے۔ اس کی رمادی رنگت ایک لیپائیڈ (lipoid) کے مواد ہونے سے زرد ہو جاتی ہے، اور اس کے کہنے میں نرس واقع ہو جاتا ہے۔ جسم اصفر میں جو طبعی اخطا دروں رحمی تخیر سے (جو عورت میں جیسے کو متلازم ہوتا ہے) پہلے پیدا ہوتا ہے اور اس کو پیرا بھی کرتا ہے، اس کا سبب ابھی تک ایک لائیکل مسئلہ ہے۔ لفظ ہر ایسا معلوم ہوتا ہے کہ امر فیصلہ بارور بیضہ کی ہلاکت ہے، اور یہ خیال بھی پیش کیا گیا ہے کہ بڑھتے ہوئے بیضہ اور لیوٹینی خلیوں کے درمیان معاشرت (symbiosis) بھی موجود ہو سکتی ہے۔ ہم اس امر کی طرف توجہ دلا چکے ہیں کہ جب بیضہ گرافی جراب سے علیحدہ ہوتا ہے تو یہ اپنے ساتھ شعاعی اکلیل (corona radiata) کی شکل میں ”ذرائقی“ (granulosa layer) سے جرابی مرحلہ کی کئی ایک تہیں لے جاتا ہے۔ یہ خلیے ان خلیوں کے متماثل ہوتے ہیں جن سے خالی جراب میں بعد میں جسم اصفر کی کار پر واز بافت پیدا ہوتی ہے۔ لہذا ”ذرائقی“ (granulosa) کے ممکن الحصول مادہ میں ایک انقسام واقع ہو جاتا ہے اور یہ ممکن ہے کہ نابارور بیضہ کی اور اس کے ساتھ ہی شعاعی اکلیل کی ہلاکت سے ایسے حاصلات پیدا ہو جاتے ہوں جو وکسین کی طرح فعل کرتے ہوں اور ”منفی حالت“ (negative phase) پیدا کر دیتے ہوں جس کا نتیجہ جسم اصفر کا اخطا ہوتا ہو۔

شبنق اور لیوٹینی ہارمون کا تعلق۔ جب سے بیضی افراز میں ”فولی کلین“ اور

”پروچیسٹین“ دو عمیز الافعال ہارمونوں کا وجود ثابت ہوا ہے اس وقت سے اس امر کے متعلق کافی شہادتیں ہم پہنچ چکی ہیں کہ یہ ہارمون اپنے افعال کے لحاظ سے طبعی طور پر ایک دوسرے کے متضاد ہیں۔ جسم اصفر سے ایک متضاد جوہر طیار کیا گیا ہے جو عملی حیوانات میں شبنق پر امتناعی اثر کرتا ہے (پارکس: Parkes)۔ تجربات سے معلوم ہوا ہے کہ حیوانات میں کاذب حمل کی حالت میں جسم اصفر علیحدہ کر دینے سے شبنق اور تبویض قبل از وقت پیدا کئے جاسکتے ہیں۔ دوران حل میں تبویض بالعموم ٹکی رہتی ہے، اور برطاری جراحیوں کو یہ امر بہت مدت سے معلوم ہے کہ گائے میں جسم اصفر کے برقرار رہنے سے تبویض رک جاتی ہے، اور عقم پیدا ہو جاتا ہے۔ اس کا علاج معائے مستقیم کے

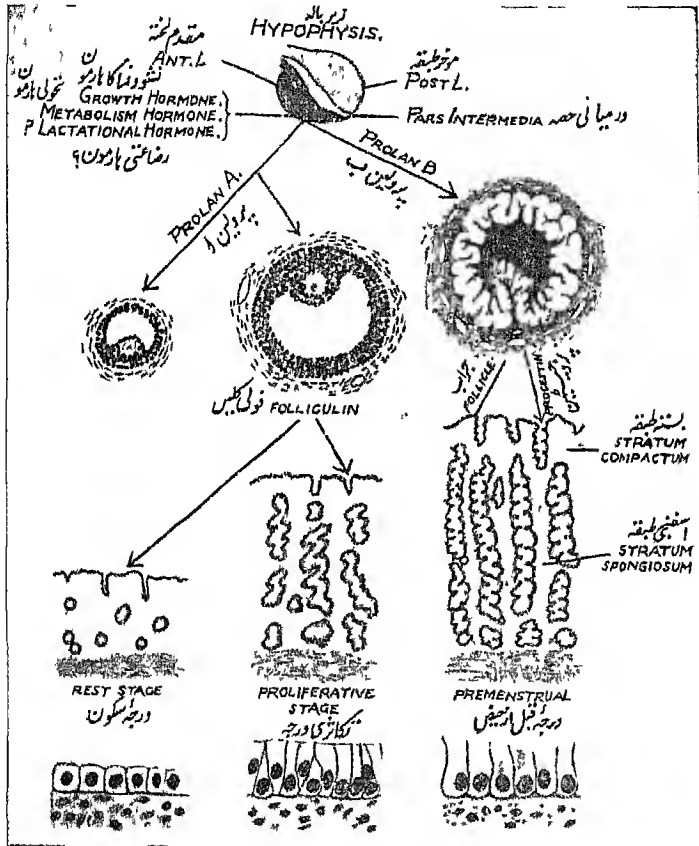
راستہ سے جسم اصفر کو ہاتھ سے تباہ کر دینے سے کیا جاسکتا ہے۔ یہ خیال پیش کیا گیا ہے کہ عورت میں رحمی زنف جو جسم اصفر کے استیصال سے پیدا ہوتا ہے قبل از وقت تبویض کا نتیجہ ہوتا ہے جو متضاد الفعل لیوٹینی ہارمون کو علیحدہ کر دینے سے عمل میں آتی ہے۔ مگر یہ بیان معترض علیہ معلوم ہوتا ہے، کیونکہ دروں رحمی تنخر پختہ گرانی جراب کی تباہی یا اس کے امتصاص یا استیصال سے بھی واقع ہو جاتا ہے۔ اس امر سے بظاہر ایسا معلوم ہوتا ہے کہ گرانی جراب میں صرف شعبتی ہارمون ہی موجود نہیں ہوتا بلکہ ایسے ہارمون کے شائبات بھی پائے جاتے ہیں جو آئندہ چکر لیوٹینی فعل کا امتیازی خاصہ بن جاتا ہے۔ کارنر (Corner) اور ہارٹ مین (Hartmann) نے حال ہی میں یہ بیان کیا ہے کہ اگرچہ جرابی اور لیوٹینی ہارمون درحقیقت اپنے افعال میں متضاد ہیں مگر یہ ”متضاد الفعل“ (synergistic) یا مشترک عمل بھی ہیں۔ بیض برآوردہ بندروں میں ایسٹروجن (oestrin) کا اثر اب کرنے سے کارنر (Corner) نے پیش حیضی تغیرات کی مکمل عدم موجودگی میں دروں رحم سے زنف پیدا کر دیا۔ اگر مخاطبہ کو پہلے ایسٹروجن کے اثراب سے حساس بنا لیا جائے اور بعد میں اصفری ہارمون کے اثرابات ایک سلسلہ میں کئے جائیں تو صادق حیض شروع ہو جاتا ہے جس کے ساتھ دروں رحم کا معیاری پیش حیضی رنگاثر پایا جاتا ہے۔ ان دونوں بعضی ہارمونوں کے باہمی تعلق کو ہسا (Hisaw) نے یوں بیان کیا ہے۔ جرابی ہارمون کا فعل یہ معلوم ہوتا ہے کہ یہ رحم کو ایک مناسب فعلیاتی حالت پر لاتا ہے جس سے اس میں جسم اصفر کے ہارمون کے لئے جمیسمیت پیدا ہو جاتی ہے۔ ان دونوں اشیا میں سے کوئی ایک بھی ایکلی آختہ رحم میں بدل چکی رنگاثر پیدا نہیں کر سکتی۔ لیکن اگر اس میں پہلے جرابی ہارمون کے اثراب سے معیاری شقیق کی حالت پیدا کر دی جائے اور اسکے بعد جسم اصفر کے ہارمون کا استعمال کیا جائے تو بدل چکی رنگاثر رونما ہو جاتا ہے۔ ہسا (Hisaw) نے مادہ سور کے اجسام اصفر سے دو اجزاء علیحدہ کئے ہیں۔ جزو (Fraction A) میں جو قلمی ہوتا ہے باکرہ حیوانات میں حوضی رابطات کو ڈھیلدا کر دینے کا خاصہ موجود ہوتا ہے جو حمل کے میز خروں میں سے ہے۔ جزب (Fraction B) غیر قلمی ہوتا ہے، اور یہ بظاہر اس دروں رحمی ٹوکا ذمہ دار ہوتا ہے جسے اب جسم اصفر کے فعل ریسہ کے ساتھ منسوب کیا جاتا ہے۔

نخامیہ کا مقدمہ لختہ (The Anterior Lobe of the Pituitary)۔

صنعی اعضا کی فعلیات کے متعلق اوجہ دید تحقیقات کی گئی ہیں ان میں سے اہم ترین انکشاف یہ ہے کہ بیض کا فعل ان ہارمونوں کے تابع اور ماتحت ہے جو نخامی غدہ (pituitary gland) کے

مقدمہ نمٹنے میں پیدا ہوتے ہیں۔ بیض اگل چھپیدہ ہارمونی سلسلہ کی ایک کڑی ہے جو بالغ عضویہ کے تناسلی فعل کو منظم رکھتا ہے۔ زیر بالہ (hypophysis) اور تناسلی غدود کا باہمی تعلق سنہ ۱۹۰۷ء سے

97



شکل ۴۴۔ یہ ارتسامی تصویر مقدمہ نظامی ہارمونوں (anterior pituitary hormones) بیض (ovary) اور دروں رحمہ (endometrium) کے درمیانی تعلقات کو ظاہر کرتی ہے (گریوز کے مطابق)۔

معلوم ہے جبکہ فرد لک (Frölich) نے زیرہ نظامیت (hypo-pituitarism)

زیر صنفیت (hypo-sexualism) اور تناسلی سوء تغذیہ (adiposogenital dystrophy) کا علامتیہ قائم کیا تھا۔ اگر کم عمر حیوانات میں نظامی غدہ علیحدہ کر دیا جائے تو اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ابتدائی اور ثانوی صنفی خواص کا نمورک جاتا ہے، اور جسم کی بالیدگی اور تنول میں نقص واقع ہو جاتا ہے۔ بخلاف اس کے مقدمہ لختہ کے خلاصوں کے اشراب یا اس کی بافتوں کے پیوندوں سے نابالغ حیوانات میں تناسلی بلوغ اور بیضی جرابوں کی لیوٹینی کیفیت (luteinization) قبل از وقت پیدا ہو جاتے ہیں۔ چوبہا میں اس کی عمر کے ابتدائی حصہ ہی میں یعنی اس کی زندگی کے انیسویں دن مقاربت پیدا کی جاسکتی ہے۔ اور بالغ حیوانات میں تبویض کی رفتار تیز کی جاسکتی ہے، اور طبعی تعداد سے کئی گنا بیضے پیدا کئے جاسکتے ہیں۔ اس حالت میں رحم میں کثیر التعداد بیضے پائے جاتے ہیں۔ اس صورت حالات کو ”بیش تبویض“ (super-ovulation) اور ”بیش حمل“ (super-pregnancy) سے تعبیر کیا گیا ہے (سمتھ: Smith اور اینگل: Engle)۔ مقدمہ لختہ کے ہارمونوں پر حال ہی میں اس ملک (انگلستان) میں ویسنر (Wiesner) نے، اور جرمنی میں زندک (Zondek) اور ایشہائیم (Aschheim) نے معتدبہ تفصیل کے ساتھ تحقیقات کی ہے۔ ان دونوں نے جو نتائج اپنی اپنی جگہ پر حاصل کئے وہ ایک ہی ہیں۔

ایشہائیم کے مطابق مقدمہ لختہ سے علیحدہ علیحدہ چار ہارمونی اجسام پیدا ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۴)۔ ان میں سے دو جو فرداً فرداً ”پرولین ا“ (Prolan A) اور ”پرولین ب“ (Prolan B) کہلاتے ہیں، بیضی فعل کو منظم رکھتے ہیں اور اس کی رہنمائی کرتے ہیں۔ تیسرا عمومی نشوونما سے تعلق رکھتا ہے، اور چوتھا جس کا نام کرسنر (Kristner) اور پلاٹ لیبس (Plaut-Liebeschutz) نے ”پری فائی سن“ (Praephyson) رکھا ہے، بظاہر جسم کے تنول کو متاثر کرتا ہے۔ یہاں صرف دو صنفی ہارمونوں پرولین ا (Prolan A) اور پرولین ب (Prolan B) کا ذکر کرنے کی ضرورت ہے۔ زندک اور ایشہائیم زیر بالہ (hypophysis) کے مقدمہ لختہ کو ”صنفی فعل کا محرک (motor)“ اور دونوں ہارمونوں پرولین ا اور پرولین ب کو ”صنف کے خاص احساس نوعی ہارمون“ تصور کرتے ہیں۔ پرولین ا گرائی جراب کی پختگی کے لیے بھیج اعلیٰ ہے، اور شقی ہارمون کی پیدائش کی ابتدا کرتا ہے۔ اسے جسم کی ایسٹروجن کی پیدائش پر امتیاز حاصل ہے، اس لئے دروں رحمہ کی بیش جینی حالت بھی اس کے زیر اقتدار ہے۔ بخلاف اس کے ”پرولین ب“ (Prolan B) منشق جراب کے مخاطی غلیات کا بھیج جو مہر ہے۔ یہ ان غلیات کو کامل النمو

جسمِ اصفر میں تبدیل کر دیتا ہے، اور لیوٹینی ہارمون (پر ویسٹین: progestin، لیوٹین: lutein) وغیرہ کی پیداوار کو متحرک پہنچاتا ہے۔ لہذا پروٹین ب جسمِ اصفر کی وساطت سے سنجتہ ریڑیہ (inature decidua) کے نمو کا ذمہ دار ہے۔ شکل ۴ میں جو زندک اور ایٹھائیم کی تحقیقات کے مطابق کیجی گئی ہے نغامی ہارمونوں، اور گرانی جواب اور جسمِ اصفر کے درمیانی تعلق، اور ان کے اس متحدہ اثر کی، جو دروں رجمہ پر ہوتا ہے، ارت می توضیح کی گئی ہے۔ ویسنر (Wiesner) نے مختلف اصطلاحات استعمال کی ہیں، مگر اس کے نتائج زندک (Zondek) کے نتائج کے تقریباً متماثل ہی ہیں۔

تفاسلی دور کے شعبی درجہ کو ویسنر نے ”الفا“ حالت (α phase) کے نام سے موسوم کیا ہے، اور جرانی شوق انگیز ہارمون کو وہ ”الفا“ جز (α factor) کہتا ہے۔ لیوٹینی یا پیش حیضی درجہ کا نام اس نے ”بیٹا“ حالت (β phase) رکھا ہے۔ اور لیوٹینی ہارمون کو ”ویٹا“ جز (β factor) کی اصطلاح سے تعبیر کرتا ہے۔ زندک کی طرح ویسنر بھی یہ خیال کرتا ہے کہ نغامیہ کے مقدم لختہ کے دو فعل ہیں۔ یعنی شوق انگیز یا ”شوق زا“ (cestogenic) اور لیوٹین کا میج یا ”مہد حل“ (kyogenic)۔ میج مولدات (gonadotropic) جو اہر کو وہ ”رو ۱“ (Rho I) اور ”رو ۲“ (Rho II) کے نام سے موسوم کرتا ہے، اور یہ فرداً فرداً زندک کے ”پروٹین ۱“ اور ”پروٹین ۲“ کے متناظر ہیں۔ ویسنر (Wiesner) اوپیل (Patel) نے یہ دریافت کیا ہے کہ جو بیٹا یا بیٹا حالت (β phase) مہملی سر حلمہ کے بلند قامت مخاطی خلیوں میں تبدیل ہونے (مخاطیت: mucification) سے باسانی شناخت کی جاسکتی ہے۔ یہ تبدیلی قرینیت (cornification) سے بالکل علحدہ حالت ہے جو الفا حالت (α phase) کا انبازری خاصہ ہے۔

زندک ایٹھائیم کا تعامل (Zondek-Aschheim Reaction)

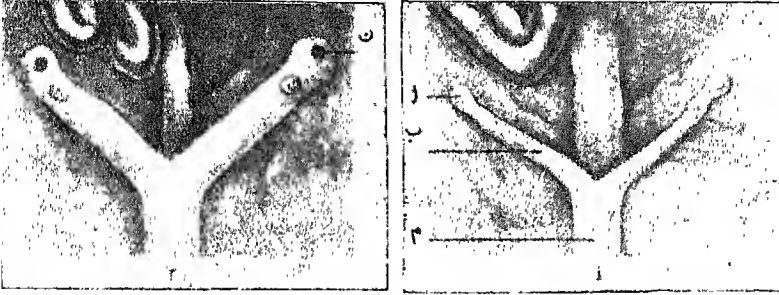
دور ان حمل میں مقدم لختہ کے ہارمون خون میں بہت بڑی مقداروں میں موجود ہوتے ہیں، اور اسی لحاظ سے پیشاب میں بھی پیدارج ہوتے ہیں۔ عدم حمل کی حالت میں ان کی جو مقادیر خارج ہوتی ہیں ان سے یہ مقادیر کم ہیں زیادہ ہوتی ہیں۔ مشیمہ (placenta) میں بھی یہ اس کثرت سے پائے جاتے ہیں کہ اس سے یہ خیال کیا جاتا ہے کہ یہ ہارمونوں کا صرف ذخیرہ ہی نہیں ہے بلکہ انکی پیداوار میں بھی اس کو کچھ دخل حاصل ہے (میک: Mack اور کیتھوڈ: Catherwood)۔

دورانِ حمل میں پیشاب میں سخامی یا ”سخامی نما“ (کوئپ: Collip) ہارمونوں کی جو غیر معمولی مقدار موجود ہوتی ہے اس کا استعمال ایشہایم اور زندگ نے حمل کے لئے ایک عملی کاشفہ طیارہ کرنے میں کیا ہے۔ اگر کسی حاملہ عورت کے پیشاب کی تھوڑی سی مقدار کا کسی نابالغ چوہا کے دورانِ خون میں اثر کیا کر دیا جائے تو اس سے جراثیمات میں بے نیگی نمودار ہو جاتی ہے، اور مائع جی مرنی زخامت بھی واقع ہو جاتے ہیں (نقاطِ خون: Blutpunkte) چوہوں کے بیضوں میں ان نقاطِ خون کا ظہور کاشفہ کے مثبت ہونے پر دلالت کرتا ہے (شکل ۷۵)۔

چونکہ مطلوبہ معیار کی نابالغ سفید مادہ چوہیوں کی ایک کافی تعداد کے حامل کرنے میں عملی طور پر وقت پیش آتی ہے اس لئے فریڈمین (Friedman) شنیڈر (Schneider) ولسن (Wilson) اور دوسرے محققین نے اس تعامل کی ایک مرحلہ شکل پیش کی ہے۔ اس طریقہ میں نابالغ مادہ تر گوشوں کا اس اصول کے تحت استعمال کیا جاتا ہے کہ مادہ تر گوش میں تبویض صرف مقاربت کے بلا واسطہ نتیجہ کے طور پر ہی واقع ہوتی ہے۔ مریضہ کے صبح کے پیشاب کی پانچ کعب سنٹی میٹر مقدار کا اشراب ایسے کاشفی حیوان کی کان کی ویرید میں کر دیا جاتا ہے جو کم از کم ایک ماہ سے علیحدہ رکھا گیا ہو۔ سولہ گھنٹہ گزرنے پر اس حیوان کے شکم پر معدوم حس کے زیر اثر خط وسطیٰ میں ایک شرکاف دیا جاتا ہے اور اس میں سے بیض کا معائنہ کیا جاتا ہے۔ اگر تعامل مثبت ہو تو ایسے کئی ایک جراثیم پائے جاتے ہیں جو ابھی منشق ہوئے ہیں، یہ اپنے شورخ سرخ رنگ اور مرتفع منظر کی وجہ سے باسانی شناخت کئے جاتے ہیں۔ ان میں سے ہر ایک کے مرکز پر خفیف سائیب موجود ہوتا ہے۔

ایشہایم زندگ کا اصلی تعامل حیرت انگیز طور پر صحیح ثابت ہوتا ہے۔ کاشفات کے ایک طویل سلسلہ میں غلطی کا امکان اتنا کم ہے کہ یہ صرف ۵ فی صدی تک ہی پہنچتا ہے۔ یہ عدد ایسے تعامل کیلئے جو بنیادی طور پر حیاتیاتی ہو بہت کم ہے۔ فریڈمین کے مرحلہ کاشفہ کی صحت قطعی طور پر مسلمہ قرار نہیں دی گئی، مگر آج کل اس کا استعمال بہت کثرت سے کیا جاتا ہے، اور بظاہر کافی موثر نتائج حاصل ہوتے ہیں جن سے اس کی اہمیت ثابت ہوتی ہے۔ یہ بہت ابتدائی میں یعنی حیض کے بند ہونے کے اٹھویں دن مثبت نکلتا ہے، اور وضع حمل کے تقریباً دو دن بعد تک مثبت رہتا ہے جب تک زندہ مہیجی بافت ”مادری خون کے حیاتیاتی تاس میں“ رہتی ہے (ایشہایم) یہ تعامل حاصل کیا جاسکتا ہے۔ لہذا یہ انہونی حمل میں اسقاط سے پہلے، اور غیر مکمل رحمی حمل کی جگہ (vesicular) mole اور سلوی حملی سلعہ (chorionepithelioma) کی حالتوں میں مثبت ہوتا ہے۔

افعال بیض کے متعلق موجودہ خیالات کا جو مختصر سا خلاصہ پیش کیا گیا ہے اس کے اختتام پر



شکل ۵۔ نابالغ سفید چوبیادوں کے حوضی اعضا جو ۱۔ عیار (control) اور ۲۔ زنک (ایٹھیم) کے مثبت تعامل کو ظاہر کرتے ہیں۔ مقدمہ (anterior pituitary) کے صنفی ہارمون سے (جو پیشاب میں موجود تھا) پیدا ہوا ہے۔
(ا) بیض (ب) قرن رحم (uterine horn) (م) مہبل۔ (ن) زنی گرائی جزا (نقاہ غون)۔ قرن رحم کی بیٹا پرورش مثبت تعامل "ب" میں ملاحظہ ہو۔

اس امر پر زیادہ زور دینا نامناسب نہیں ہوگا کہ اس پیچیدہ موضوع کے تمام تر امور ابھی تک ایک بہت بڑی حد تک قصیبہ طلب ہیں۔ جدید انکشافات ہونے پر مذکورہ بیانات میں سے بعض کی ترمیم اور بعض کی تصحیح ضروری ہوگی۔ یہ کیف جو کچھ بیان کیا جا چکا ہے اس سے مطالعہ کنندہ کو جدید تحقیقات اور موجودہ خیالات کا محفل علم ہو جانا چاہئے، اور اسے اس قابل ہو جانا چاہئے کہ صنفی فعلیات کے متعلق جو روز افزوں ترقی ہو رہی ہے اور جس کا ذکر دنیا کے طبی رسالوں میں آج کل اس کثرت سے ہو رہا ہے اس کے مطابق اپنی معلومات کو تازہ رکھے۔

100

رحم کے افعال

رحم کے افعال یہ ہیں کہ یہ بارور بیض کو وصول کرے، اور اسکے آئندہ تغذیہ اور نمو کے لئے مناسب ذرائع مہیا کرے، اور انجام کار جب مبعاد حل ختم ہو تو اس کو مادری عضو سے علیحدہ کر دے۔

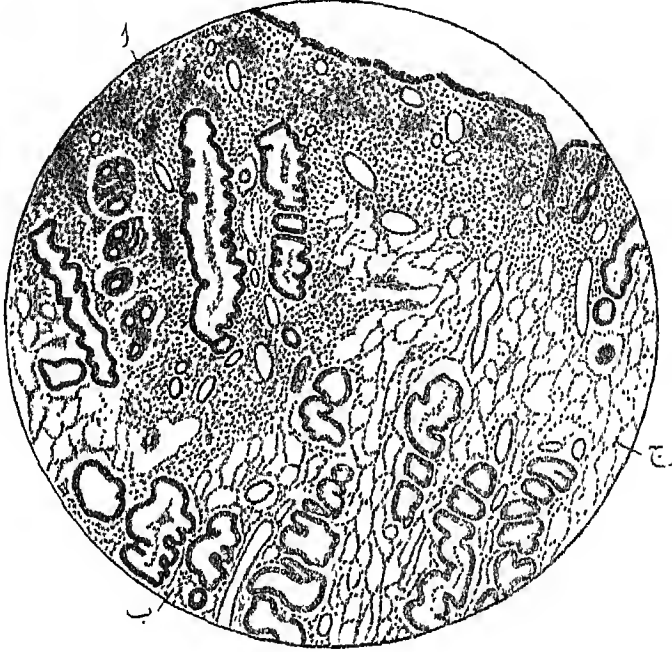


ب۔ پیش حوضی دروں رحمہ کی تبدیلی عمل کے ابتدائی ریزینہ میں۔ ایک بارور
ہینہ ابتدائی ریزینہ کی بستہ تہ میں مدفون ہے۔ (سی۔ ایل۔)



ا۔ پیش حوضی دروں رحمہ (ڈیپو بیت) جس میں بستہ اور
ہسٹینی تہیں دکھائی دیتی ہیں۔ خدائی زمیسات کے
سطحی حصوں کے سر ملہ میں خطا دار و نما ہو رہا ہے۔

اس باب میں صرف غیر حاملہ رحم کی فعلیات کا ذکر کیا جائے گا۔



نمک ۶، دروں رحمہ (endometrium) کی حیض سے آٹھ دن پہلے کی حالت کو ظاہر کرتی ہے۔ (ا) بستہ نہ (compact layer)۔ (ب) دروں رحمہ کی انفرجی۔ (ج) مہتج ہیکل (edematous stroma)۔ جوں جوں ایام حیض قریب آتے جاتے ہیں دروں رحمہ کل کے ریزینہ سے بہت زیادہ مشابہ ہوتا جاتا ہے۔

یہ ظاہر ہے کہ اس سلسلہ میں دروں رحمہ کو سب سے زیادہ اہمیت حاصل ہے، اس لئے اس کی جو تشریح صنفی یا حیضی دور میں ہوتی ہے اس پر پہلے غور کیا جائے گا۔

تمام پستانوں میں رحمی مخاطیہ کی ساخت و درجہ حیض کی مختلف حالتوں میں مختلف ہوتی ہے، اس لئے یہ ضروری ہے کہ نسجیات حیض کے بیان میں ان تغیرات کا مکمل طور پر تذکرہ کیا جائے۔ پیش میں (Hitschmann) اور ایڈلر (Adler) نے پہلے پہل انسانی انواع میں ان فعلیاتی

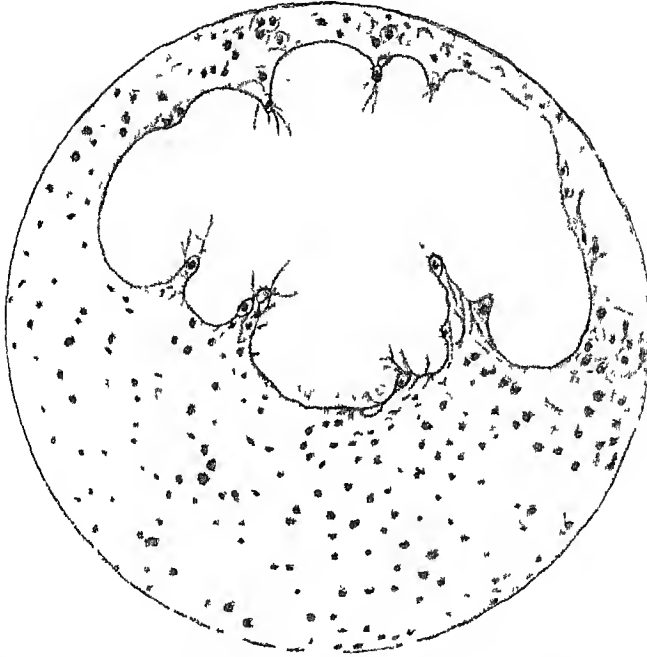
101



شکل ۷۷ حیض کے پہلے دن دروں رحمہ (endometrium) کی حالت کو ظاہر کرتی ہے۔
بستہ تہ کاریزینہ منظر نمایاں طور پر دکھائی دیتا ہے اور پارہیت (diapedesis) سے
رخی نرف واقع ہو گیا ہے۔ غد مخاط سے پر ہیں - $\times 43$ -

Wiener med. Wochenschr. 1907 Ivi, 1297 ; Monatschr. f. Geb. und : ۱

Gynäk., 27, page 1, 1908 ; Archiv. für Gyn. 1913, Band C., H. 2, S. 233.



طبعی دروں رحمہ (Normal Endometrium) (حالت قبل از حیض)۔ اس کی تون میلواری کی پوئی کروم
 ریتھیلین بلوسے کی گئی ہے۔ غدی سرملہ کی قاعدی غشا گہری نیلی ہے۔ اور ہیکل میں کولمبجی ریشوں کے جال کا رنگ
 ہکا نیلا ہے، اور ہیکل غلیے نارنجی ہیں۔ عروق شریہ کے اندر کے دموی جیسے زرد رنگے ہوئے ہیں۔ غدہ کے اندر
 فرن نامہ میات اور اس کے درون میں مخاط کی موجودگی کو غور سے دیکھا جائے۔

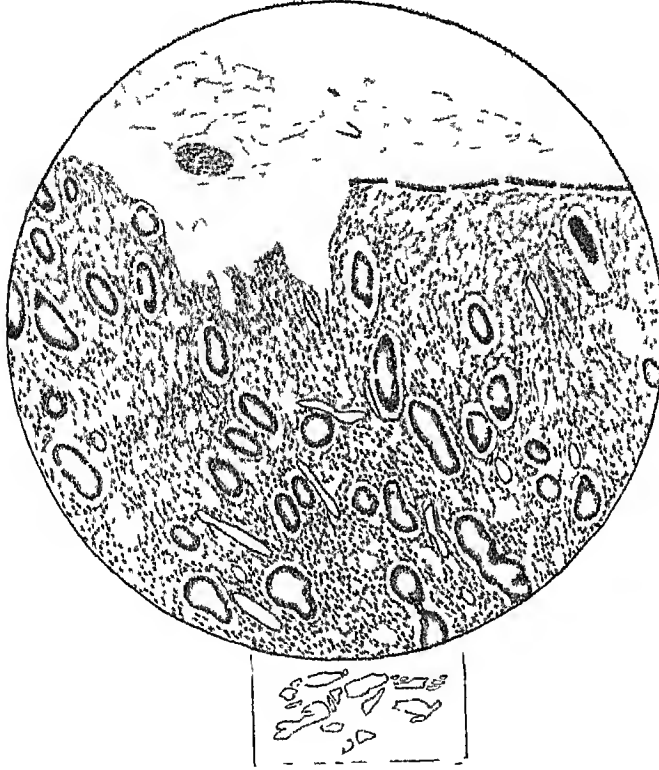
تغیرات کے دور کی طرف توجہ دلائی۔ اس سے پیشتر عائض اور غیر عائض مخاطبہ کا مطالعہ اس خیال سے علیحدہ علیحدہ کیا جاتا تھا کہ موخر الذکر کے خواص جب تک کہ اس میں کوئی مرضیاتی عمل مثلاً التهاب واقع نہ ہو غیر متغیر رہتے ہیں۔ مذکورہ بالا مشاہدین نے سب سے پہلے اس امر پر زور دیا کہ رحم کے طبعی مخاطبہ کے دوری فعلیاتی تغیرات اس قدر معین ہیں کہ ماہرین استعمال خرد بین بافتوں کی حالت کا مطالعہ کرنے سے قریب ترین ایام حیض کی تاریخ کا تعین کر سکتے ہیں۔ ان دوری تغیرات میں دروں رحمہ کے جملہ عناصر حصہ لیتے ہیں۔

حیضی دور کا مطالعہ چار حالتوں میں کیا جاسکتا ہے۔ (۱) حالت قبل از حیض۔ (۲) حالت حیض۔ ۳ حالت بعد از حیض یا حالت التفاف و اندمال۔ اور (۴) وقفہ۔

(۱) حالت قبل از حیض (Premenstrual Phase) - حیض سے

آٹھ دن پیشتر یا گزشتہ ایام حیض کی ابتدا کے میں دن بعد غد کے طول اور ان کی حیامت میں اضافہ دکھائی دیتا ہے اور ان میں تلافیف پیدا ہونے شروع ہو جاتے ہیں۔ فرن نمازائد سے درونوں میں بڑھ آتے ہیں اور ان کو عمیق غلبوں میں تقسیم کر دیتے ہیں۔ اس اثنا میں سرطلی خلیہ زیادہ طویل اور عریض ہو جاتے ہیں اور ان سے افراد بکثرت پیدا ہونا شروع ہو جاتا ہے جس سے کلائی یافتہ انیمیمیا کے درونے مخاط سے پُر ہو جاتے ہیں۔ التفالی بافت کا سیکل متورم ہو کر اب دو تہوں پر مشتمل ہوتا ہے جن میں سے ایک سطحی بستہ اور دوسری عمیق اسفنجی نہ ہوتی ہے۔ قبل الذکر بستہ یزیمینہ (decidua compacta) کے ابتدائی درجہ سے مشابہت رکھتی ہے جو بعض مثالوں میں اس قدر نمایاں ہوتی ہے کہ حمل کو مستثنیٰ کرنا بعض اوقات مشکل ہو جاتا ہے۔ شکل ۴ اور صفحہ ۳۴ میں دروں رحمہ کی تقسیم بستہ اور اسفنجی تہوں میں دکھائی گئی ہے۔ صفحہ ۵ میں ایک نام نہاد "کنفی دار" غدہ دکھائی دیتا ہے جو کسی زمانہ میں حمل کی علامت مہینہ تصور کیا جاتا تھا۔ گرد حقیقت یہ نوبتی دور کی قبل از حیض حالت کا ایک مثالی انسجیاتی خاصہ ہے۔ شکل ۴، ۵ میں دروں کی بستہ اور اسفنجی نہ کا ایک حصہ قبل از حیض حالت میں دکھائی دیتا ہے۔ صفحہ ۴، ۵ میں غد کے زیادہ سطحی حصوں میں یہ ظاہر ہوتا ہے کہ ان کے سرحد میں اسخطاط اور نگہر کا عمل جاری ہے۔ نیز عروق شریہ کے درحد میں اسخطاط واقع ہونے کے باعث رخی نرف بھی پایا جاتا ہے۔ ولفریڈ شا (Wilfred Shaw) نے دونوں اسخطاطی تغیرات ایک ٹریپٹسی خیر (tryptic ferment) سے

منوب کئے میں جس کے متعلق فرنیکل (Fraenkel) اور ایشنر (Aschner) نے یہ بیان کیا ہے کہ

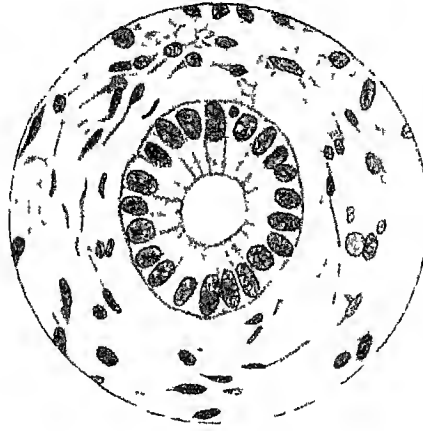


شکل ۷۸۔ حیض کے تیسرے دن دروں رحم (endometrium) کی حالت کو ظاہر کرتی ہے۔ صرف قاعدی نہ ہی باقی رہ گئی ہے۔ اور سطح غدو سے حاصل شدہ سرطہ سے پوشیدہ ہو رہی ہے۔

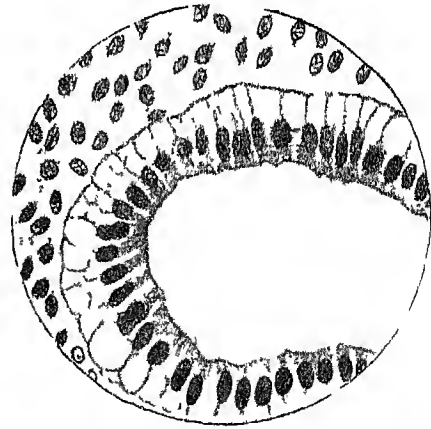
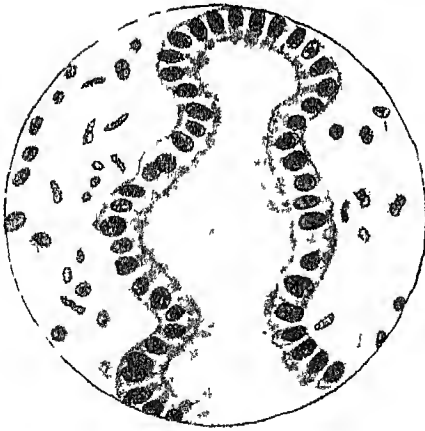
یہ حیض سیال میں موجود ہوتا ہے۔

(۲) نزف حیض کی حالت (Phase of Menstrual Haemorrhage)۔

حالت حیض کے دوران میں مذکورہ بالا مخرب تغیرات سے مخاطیہ کے تمام بستہ اور اسفنجی حصے (یعنی وہ حصے جو شکل ۷۷ و ۷۸ میں ظاہر کئے گئے ہیں) اتر کر غلٹدہ ہو جاتے ہیں اور صرف قاعدی نہ ہی



شکل ۷۹۔ رحمی غدہ وقفہ استراحت کے دوران میں۔ خلیات میں قاعدی نوآت بائے تھے ہیں۔ اس امر کی طرف خاص توجہ کی جائے کہ درون کی طرف ستونی خلیوں کا رخ (ڈبلیو۔ شا۔) ہے۔

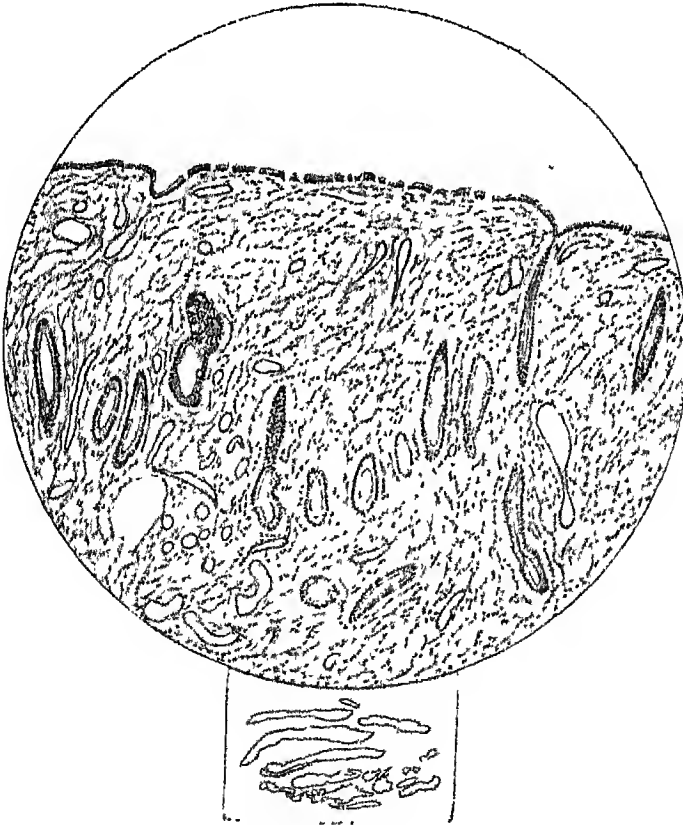


شکل ۸۱۔ یہی غدہ قبل از حیض فعالیت کے متاخر درجہ میں۔ نوآت پھر قاعدہ کی طرف آگئے، ایسا۔ غلوی سخرنا درون کی طرف ناہموار ہے۔ (ڈبلیو۔ شا۔)

شکل ۸۰۔ یہی غدہ قبل از حیض فعالیت کے درجہ کی ابتدا میں۔ نوآت اور قاعدی غشا کے درمیان کے صاف سخر، مائی منطقہ کو خاص طور پر دیکھا جائے۔ (ڈبلیو۔ شا۔)

باقی رہ جاتی ہے۔ صفحہ ۶ میں بستہ اور اسفنجی تھوں کے ایسے دو قطعات دکھائی دیتے ہیں جو پہلے اتر چکے ہیں اور یہ خون کے دروں رحمی تھکے میں پڑے ہیں۔ اور یہ معلوم ہو جانا چاہئے کہ دورانِ حیض میں دروں رحمہ کا اس طرح اترنا ان تغیرات کے مشابہ ہے جو میعادِ حمل کے اختتام پر دورانِ وضعِ حمل میں پختہ مشیمہ کے علحدہ ہونے کے وقت ظہور پذیر ہوتے ہیں، ریزینہ (decidua) کی قاعدی تہ ہی صرف وہ حصہ ہوتا ہے جو نہیں اترتا۔ بالفاظِ دیگر دورانِ حیض میں دروں رحمہ کے اتر کر علحدہ ہونے کا خطِ انفصال وہی ہوتا ہے جو مشیمہ کے علحدہ ہونے کا (صفحہ ۴، ۵ اور ۶ کا مقابلہ کیا جائے)۔

(۳) حالتِ بعد از حیض (Post Menstrual Phase)۔ اس سے



شکل ۸۲ حیض کے چھٹے دن دروں رحمہ (endometrium) کی حالت کو ظاہر کرتی ہے۔ اس سطحِ مکمل طور پر پوشیدہ ہو گئی ہے۔

یہ ظاہر ہوتا ہے کہ حیض بند ہونے پر مخاطبیہ محض اسی قاعدی تاہم پر مشتمل ہوتا ہے جو حالت قبل از حیض میں موجود ہوتی ہے۔ اس کی سطح اس وقت تک معرارتی ہے جب تک کہ غدد سے حاصل شدہ سرملہ اسے پوشیدہ نہیں کر دیتا۔ اس سرملی غلاف کے طیار ہونے کا عمل بہت تیزی سے ہوتا ہے۔ اور ممکن ہے کہ یہ مخاطبیہ کے اترنے کے دوش بدوش ہی شروع ہو جاتا ہو۔ شکل ۸، میں اسکی وہ حالت دکھائی دیتی ہے جو حیض کے تیسرے دن ہوتی ہے۔ شکل ۸۲ سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ چھٹے دن یہ عمل مکمل ہو جاتا ہے۔ لہذا اس سے یہ معلوم ہوا کہ بعد از حیض حالت یقیہ ریزی قاعدی غشاء کے مخاطی کی سطحی غلاف کی تجدید سے تعلق رکھتی ہے۔ اور جب یہ عمل تمام ہو جاتا ہے تو اس حالت کی بھی انتہا ہو جاتی ہے اور وقفہ شروع ہو جاتا ہے۔

(۳) وقفہ (Interval)۔ یہ استراحت کا تصور اس زمانہ ہے جو فعالیت کے بار دیگر شروع ہونے سے پہلے پایا جاتا ہے۔ متحدہ فعالیت نواتی خیطیت (nuclear mitosis) اور غلوی نکاثر کی شکل اختیار کر لیتی ہے۔ اور ولفریڈ شا (Wilfred Shaw) کے مطابق یہ چودھویں دن (اٹھائیس دن کے دور کے عین نصف میں) شروع ہو جاتی ہے، اور اس کے ظہور کے ساتھ ہی ”وقفہ“ کا خاتمہ ہو جاتا ہے۔

قبل از حیض فعالیت کی سب سے ابتدائی حالتوں کا مطالعہ عدی خلیات کے مخرب مایہ اور ان کے نوات کے اسلوب کا پتہ چلانے سے کیا جاسکتا ہے۔ شکل ۹، میں ایک رحمی غدہ حالت استراحت میں دکھائی دیتا ہے۔ اسکے خلیوں کا خاکہ درونہ کی طرف ہموار ہے، اور ان کے نوات قاعدہ کی طرف واقع ہیں۔ ”وقفہ“ کے دوران میں خلیوں کا سطحی منظر یہی ہوتا ہے۔ شکل ۸۰ نکاثر کی ابتدائی حالت کو ظاہر کرتی ہے۔ اس میں قاعدی غشاء اور نوات کے مابین ایک صاف خزانہ منطقتہ دکھائی دیتا ہے۔ قبل از حیض حالت کے اول ترین تغیرات اسی نواتی انتقال پر مشتمل ہوتے ہیں۔ شکل ۸۱ سے بعد کی حالت ظاہر ہوتی ہے۔ اس میں نوات کا محل وقوع از سر نو قاعدی ہو گیا ہے، لیکن سطحی مخرب مایہ ناہموار طور پر درونہ کی طرف بڑھا ہوا ہے یہ حالت وہی ابتدائی حالت (یعنی آئندہ ایام سے آٹھ دن قبل کی) ہے جس سے ہم نے ابتدا کی تھی۔ اور شکل ۶، و ۷، سے قبل از حیض حالت ”مخاطبیہ کے اترنے“ کے وقت تک یعنی آئندہ دور کے پہلے دن تک ظاہر ہوتی ہے۔ اگر محل قرار پا جائے تو کوئی ”تنخر“ واقع نہیں ہوتا، اور دروں رحمہ حل کاریزیم بن جاتا ہے۔ اور بیضہ بستہ تہ میں مدفون ہو جاتا ہے۔ صفحہ ۱۶۱ میں ایک بیضہ دکھائی دیتا ہے جو حال ہی میں مدفون

ہوا ہے۔ کلنی دار غدو بدستور بڑھ رہے ہیں اور پیکل کے خلیات سے حقیقی ریزینہ طیار ہو گیا ہے۔
حیض (Menstruation) - جو کچھ بیان کیا جا چکا ہے اس سے مطالعہ کنندہ کو
 بیض اور رحم کے افعال کا باہمی تعلق معلوم ہو گیا ہوگا۔ اور وہ فعلیاتی اصول بھی سمجھ میں آ گئے ہونگے
 جن پر اس مظہر کا جو حیض کے نام سے موسوم ہے، وار و مدار ہے۔ زندگی کے بار و حصہ میں مکمل
 صنفی نوع یعنی بالغ سے لیکر "سن یاس" (climacteric) تک بالغ عورت کے جسمی دروں رحمہ سے
 ایک فوجی نزف واقع ہوتا رہتا ہے۔ اس فعل کو اس کے ماہواری توازن کی وجہ سے "مینسٹرو ایشن"
 (menstruation) یا "مینسز" (menses) (ماہواری ایام) کہا جاتا ہے۔ یہ مظہر جو
 انواع انسان اور بعض اقسام کے بندروں تک ہی محدود ہے تولیدی فعل کی متوازن فعالیت پر
 دلالت کرتا ہے۔ اور "جنس انسان" (Homo) میں اسکی اہمیت سمجھنے کے لئے ہمیں
 تقابلی فعلیات کی طرف پھر ایک مرتبہ رجوع کرنا چاہئے۔ عمل حیض کے متعلق ہمارے جو خیالات
 تھے ان پر ان نتائج کا بہت گہرا اثر پڑا ہے جو بنین حال میں تجرباتی اور سریری تحقیقات سے
 جمع کئے گئے ہیں۔ اور اس تحقیقات کا حاصل یہ ہے کہ بیض، نغمیہ، ورقیہ، اور دروں رحمہ کے
 درمیانی تعلق پر زور دیا گیا ہے۔ مزید برآں چونکہ مختلف پستانوں کے تناسلی دوروں کی تشبیحی
 اور فعلیاتی تفصیلات کا مطالعہ کیا جا چکا ہے اسلئے اب عورت کی تناسلی فعالیت کی علامات کی
 تطبیق ان مماثل مظاہر کے ساتھ ممکن ہے جو دوسرے حیوانات میں ہیں معلوم ہوئے ہیں۔ (دیکھو
 صفحات 87 تا 98)۔

انواع انسان میں سریری اور فعلیاتی صورت حالات کا خاکہ چمپیدہ ہے کیونکہ
 پیش نشیبتی مظاہر اور کاؤب حمل کے مظاہر میں تراکب واقع ہو جاتا ہے۔ دور حیض کے نیرھویں
 دن سے لیکر سترھویں دن تک کے زمانہ میں تبویض واقع ہوتی ہے، اور اس وقت سے لیکر اس دور کے
 تقریباً اٹھائیویں دن تک کاؤب حمل کی حالت موجود رہتی ہے، اور اس کے بعد جنسی ریزینہ میں پتھر
 واقع ہو جاتا ہے، اور خارجی نزف جاری ہو جاتا ہے۔ کاؤب حمل کے زمانہ کے اختتام پر ایک پیش نشیبتی
 حالت پیدا ہو جاتی ہے جو دو حیض کے اٹھائیویں دن اپنے انتہائی عروج تک پہنچ جاتی ہے۔
 اس کے بعد ایک مختصر سانشیبتی زمانہ آتا ہے جو قدرت کی طرف سے اس امر کا انتظام ہے کہ بیضہ کی باردی
 کو مدد ملے جو چند دن کے بعد کسی جدید جراب میں لے جس میں ابھی نچنگی کا عمل جاری ہے لکھنے والا ہے۔
 لہذا عورت میں طبعی حالت میں موا حیض دروں رحمہ سے مائل شدہ خون پرتل ہوتا ہے

اور یہ دو واضح اسباب کا نتیجہ ہوتا ہے :-

(ا) وہ خون جو دروں رحمہ کے اس تنخر کا نتیجہ ہوتا ہے جو کاذب حمل کے ریزینہ کے اسقاط سے رونما ہوتا ہے۔

(ب) وہ خون جو شبقتی امتلا اور بیش و مویت کی وجہ سے عروق شرعیہ کے پھٹنے کا

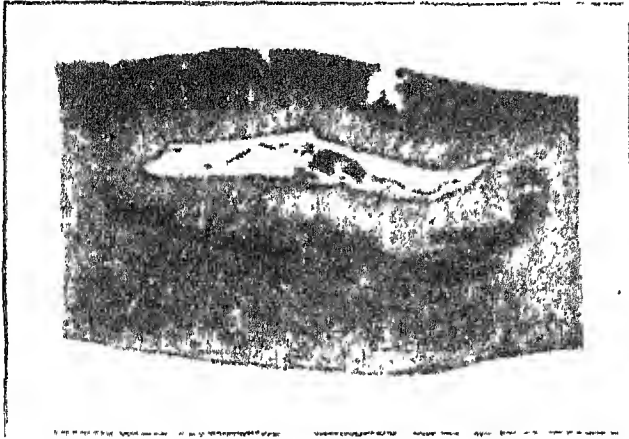
نتیجہ ہوتا ہے۔

106

یہ اغلب ہے کہ قبل الذکر سبب سے پیدا شدہ خون کی مقدار موخر الذکر سے بہت زیادہ ہوتی ہو۔ انسانی دروں رحمہ کے تشریحی خواص کا مطالعہ تناسلی دور کے مختلف مدارج میں کیا گیا ہے اور اس کا ذکر کیا جا چکا ہے (صفحات 101 تا 104)۔ مگر یہ معلوم ہو جانا چاہئے کہ دورانِ صحت میں سن بلوغ سے لیکر سن یاس تک دروں رحمہ در حقیقت کبھی بھی حالت سکون میں نہیں ہوتا۔ یہ ہمیشہ یا تو اپنے فصل کو سر انجام دیتا ہوا یا جاتا ہے، اور یا اس کے لئے طیاری میں مشغول و کھسائی دیتا ہے۔ شروڈر (Schroeder) نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ غدود رحم کی افزائی نہایت کی شہادت تناسلی دور کے تیرہویں دن پائی جاتی ہے، اور آئندہ دنوں میں موجود رہتی ہے۔ یہ فعالیت دور کے دوران میں بڑھ جاتی ہے، مگر غدود کے افزائش میں اختباس واقع ہو جاتا ہے جو بتدریج بڑھتا جاتا ہے، کیونکہ دروں رحمہ کی سطحی تہوں کے ہیکلی خلیات کی بالیدگی کی وجہ سے قناتوں میں انقباض پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ قنات غدود افزائش سے پڑھتے ہیں بالعموم غدی فعالیت کا ثبوت تصور کیئے جاتے ہیں، اور یہ قبل از حیض حالت کا ایک خاصہ ہیں۔ یہ ایک واقعہ ہے کہ دروں رحمہ کی تہوں میں تناسلی دور کے سترہویں دن سے لیکر آئندہ دنوں میں لی جاتی ہیں ان میں عام طور پر چند متحدہ غدود دکھائی دیتے ہیں جن میں مثالی "فرن نما" زائد سے پائے جاتے ہیں۔ جوں جوں تناسلی دور کے دن گزرتے جاتے ہیں ان غدود کی تعداد میں اضافہ ہوتا جاتا ہے، کیونکہ مزید قناتوں میں انقباض واقع ہوتا جاتا ہے۔ رحمی غدود کی فعالیت تمام پستانوں میں بیش شبقتی حالت (pro-cestum) کا خاصہ ہے، اور اغلب ہے کہ انواع انسان میں بھی ایسا ہی ہو۔

ایڈلر (Adler) نے اس امر کی طرف سب سے پہلے اشارہ کیا تھا کہ قبل از حیض حالت کا دروں رحمہ ابتدائے حمل کے ریزینہ سے ایک بہت بڑی حد تک مشابہ ہوتا ہے۔ یہ مشابہت اتنی قریبی ہے کہ جو دروں رحمہ اس درجہ میں ہوتا ہے اس کو اب "حیضی ریزینہ" (menstrual decidua) کے نام سے موسوم کرتے ہیں۔ سطحی ہیکلی خلیات کی جسامت کے بڑھنے اور ان کے

متغیر مناظر سے ایک معین ”بستہ طبقہ“ (stratum compactum) طیار ہو جاتا ہے اور متسع غدو سے جو افراز سے متمد ہوتے ہیں ایک بخوبی نمایاں ”اسفنجی طبقہ“ (stratum spongiosum) بن جاتا ہے جو بخوبی نمایاں ہوتا ہے (دیکھو صفحہ ۴۳ ل اور شکل ۸۳ ل)۔



شکل ۸۳ ل۔ یہ نرودکسی تصویر تمام دروں رحم کے درون کی تشریح تشریح سے، جو طبی جین کے پہلے دن کی گئی تھی، طیار کی گئی ہے۔ درون میں اسقاط کا عینی متکا موجود ہے جینی دروں رحم یا برزینہ ”بستہ طبقہ“ اور ”اسفنجی طبقہ“ میں متمیز ہے۔ مونرالد کر متسع اور دیری غدو سے مرکب ہے جن میں یہ تغیرات قناتوں کے، بستہ طبقہ کی وجہ سے مضیق ہو جانے سے پیدا ہوئی ہیں (دیکھو پری)۔

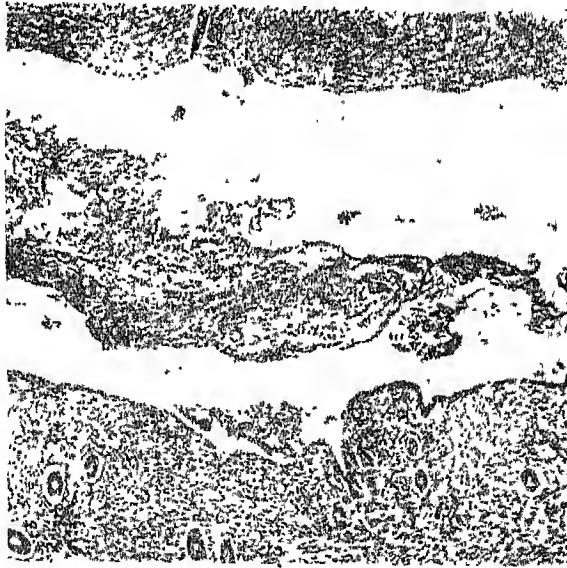
جہاں تک تشریحی ساخت کا تعلق ہے جین اور حمل کے برزینہ و حقیقت متماثل ہوتے ہیں۔ اور ان میں فرق صرف درجہ کا ہوتا ہے، جس پر پیش شقی تہج اور امتلا کا اضافہ مستزاد ہے (دیکھو صفحہ ۴۳ ب)۔

ایڈلر (Adler) اور ہٹشمان (Hitschmann) کی یہ رائے تھی کہ جب دروں رحم کا نمو مکمل ہو چکنا ہے تو عدم استقرار حمل کی حالت میں نرودکسی صرف اس لئے واقع ہوتا ہے کہ مخاطیہ کے غدو اپنا افراز خارج کر دیتے ہیں۔ اور خون کا یہ جریان فعلیاتی دور کے اختتام کو ظاہر کرتا ہے۔



دردوں رحمہ (Endometrium) کی بستہ اور اسفنجی تہوں کے ٹکڑے جو دورانِ حیض میں اترے ہیں اور خون کے درجہ تکلیف میں پڑے ہیں (ڈیلمیو برش)۔

مگر جدید تحقیقات سے یہ معلوم ہوا ہے کہ حیض کی ابتدا پر بستہ تہ (stratum compactum) کے سطحی خلیوں میں تنخر پایا جاتا ہے۔ نوویک (Novak) نے اس عمل کو ایک ”ریزہ شکن“ (crumbling) سالماتی عمل بیان کیا ہے جس میں ذرات دار انحطاط یافتہ مغالیمہ کی چھوٹی چھوٹی دھبیاں اور ٹکڑے اتر جاتے ہیں، حتیٰ کہ صرف ”قاعدیہ“ (basalis) ہی باقی رہ جاتا ہے، اور شاید چند ”اسفنجی“ باقیات (spongiosal rests) بھی موجود رہتے ہیں۔ طبعی حالت میں جو عمل واقع ہوتا ہے مذکورہ عبارت اس کا صحیح صحیح بیان ہے، اور یہ معلوم کرنا ضروری ہے کہ جسم رحم کے غدو کا افراز صرف اس وقت خارج ہوتا ہے جب کہ تنخر کی وجہ سے سطحی تنناؤ اور قسّاتوں پر کا دباؤ زائل ہو جاتا ہے۔



شکل ۸۳ ب۔ حیضی ”تھکا“ طبعی حیض کے پہلے دن رحم کے درونہ میں پڑا ہوا ہے۔ یہ تھکا ”بستہ طبقہ“ کی سطحی تھوں کے تنخر کے حاصلات سے طیار ہوا ہے۔
(وائٹ ہوس)

تنخر حیضی ریئزہ حقیقت میں غیر مطلوبہ ریئزہ کا ماہواری اسقاط ہی ہے کہ ہند رحم میں

اس سے ایک چھوٹا سا روبہ بن جاتا ہے جس کا مظاہرہ کہنہ رحم کی ان تراشوں میں باسانی کیا جاسکتا ہے جو حیض شروع ہونے کے ایک دو گھنٹہ کے اندر اندر لی جاتی ہیں (دیکھو شکل ۸۳)۔ وہ ایک حیضی تھکا بعد میں ایک ٹریپسین فیمنٹر (tryptic ferment) یا تھرومبولائسن (thrombolysin) کی وجہ سے تحلیل ہو جاتا ہے جو جسم رحم کے غدوں میں موجود ہوتے ہیں۔

لہذا ”سائل حیض“ یا حیض کا مواد اس روبہ کے خود پاشیدہ حاصلات پر مشتمل ہوتا ہے جن کے ساتھ رحمی غد کا عملیاتی افراز بھی موجود ہوتا ہے (مخاطبین = ۳۳ فیصدی) اس میں قدرتا فائبرین (fibrin) یا فائبرین نوجن (fibrinogen) موجود نہیں ہوتی تاوقتیکہ جزوی طور پر خود پاشیدہ علقے (thrombi) موجود نہ ہوں۔ اور یہ اکثر ان کے بغیر ہی ہوتا ہے۔ اس میں کیلسیئم کی بہت سی مقدار موجود ہوتی ہے، کیونکہ جسمی غد کا افراز اسی میں مل جاتا ہے (بلیئر بل: Blair Bell)۔ کثیر الاشکال نواتی خلیات اس مواد میں بکثرت پائے جاتے ہیں، اور آئیوڈین کے شائبہ کی شناخت بھی کیا جاسکتی ہے۔ اس میں لیکٹک ایسڈ کی بھی معتد بہ مقدار موجود ہوتی ہے۔ اور یہ اسی عقیقہ حیضی مواد میں بھی پایا جاتا ہے جو مہملی اجتماع الدم (haematocolpos) سے حاصل کیا جائے (دیکھو صفحہ ۱۶۶)۔

جب خون حیض کا امحاض کرنے کے بعد مطروح کا خروبین سے امتحان کیا جاتا ہے تو دروں رحمی اصل کے سرطانی فواضل اکثر شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ اگر مواد کا نمونہ حیض شروع ہونے کے تیسرے یا چوتھے دن لیا جائے تو اس میں حیضی بافت کا وجود ثابت کرنا زیادہ مشکل ہوتا ہے۔ مگر احتیاط سے تلاش کرنے پر رحمی غد اور سہیلی خلیات دونوں کے ”ہموئے“ نظر آتے ہیں (دیکھو شکل ۸۴) اور ۸۴ ب)۔

جہاں تک اس میکانیہ کا تعلق ہے جو حیضی روبہ (menstrual coagulum) کی خود پاشیدگی کا موجب ہوتا ہے اس امر کی شہادت موجود ہے کہ دروں رحمی سیکل میں تھرومبکینیز (thrombokinas) خاص طور پر بکثرت موجود ہوتی ہے (وائٹ ہوس)۔ اختلاف اس کے جسمی غد کے افراز میں ایک ٹریپسین فیمنٹر (tryptic ferment) یا تھرومبولائسن (thrombolysin) موجود ہوتی ہے جو علقہ کو توڑ دیتی ہے، اور اس طرح حیضی اسقاط کے

اخراج میں مدد دیتی ہے۔ یہ خیال بھی غلط کر کیا گیا ہے کہ چونکہ منقرا مبولائی کسین کی موجودگی میں علقہ نہیں بن سکتا اس لئے دروں رحمی ٹھکے کی پیدائش امراضیاتی عمل ہے، اور یہ سندرست طبی فصل پر



شکل ۴۲ ل۔ مواد حیض کی خرد عکسی تصویر جس میں رحمی غدود کا "ہیولا" (ghost) دکھائی دیتا ہے۔ کثیر الاشکال نواتی خلیا (polymorpho-nuclear cells) کی بہت سی درزیش موجود ہے۔ - ۳۰۰x (وارٹ ہوس)

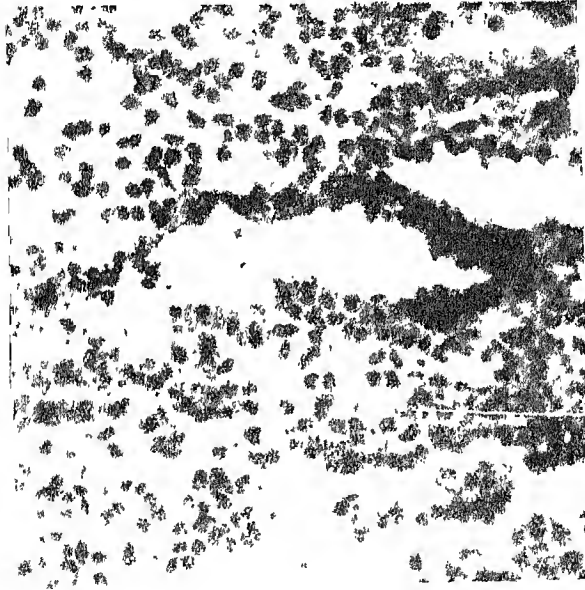
دلالت نہیں کرتا۔ مگر اس اعتراض میں یہ اہم امر نظر انداز کر دیا گیا ہے کہ اس فصل کے تشریح سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ منقرا مبولائی سن کی کوئی مقدار بھی اس وقت تک خارج نہیں ہو سکتی جب تک کہ حیضی ریزینہ کے سطحی تنخر کے نتیجے کے طور پر پہلے رو بہ زہیجائے۔

109

اور یہ امر کہ علقہ پاشیدگی (thrombolysis) بالعموم مکمل نہیں ہوتی اس وقت ظاہر ہوتا ہے جب کہ طبی حیض کے مواد کا باقاعدہ امتحان کیا جائے۔ مواد حیض کا احتیاط سے امتحان کرنے پر ۵، فی صدی خونوں میں خون کے چھوٹے چھوٹے ٹھکے موجود ہوتے ہیں، اور اس امر کے متعلق جو اطلاع مریض دیتے ہیں اس کا یقین نہیں کیا جاسکتا، کیونکہ عام عورتیں ان چھوٹے چھوٹے

روبوں کو جن میں عمل تحلیل جاری ہوتا ہے تھکے قرار نہیں دے سکتیں۔

انواع انسان میں پھر حیض کیا چیز ہے؟ اگرچہ زمانہ ماضی میں بہت سے نظریہ جات پیش کئے گئے تھے مگر موجودہ تحقیقات کی روشنی میں جو تبولین اور جسمِ اصفر کے موبہ کی گئی ہے بظاہر یہ معلوم ہوتا ہے کہ اس فصل کو ابتداء کا ذب حمل کی حالت کا اختتام تصور کرنا چاہئے اور اس کا مطلب دوسرے الفاظ میں یہ ہے کہ یہ عظیم الحمل منفرد زیرینہ کے اسقاط کا عمل ہے۔ علاوہ انہیں اس صورت حالات میں غدی فعالیت اور پیش شقی زمانہ کے امتلا اور بیج سے جو ابتدائی مظہر یہ متراکب



شکل ۴۸ ب۔ مواد حیض کی خرد عکسی تصویر جس میں اسقاط یافتہ رحمی غدود اور روئی ہیکل (endometrial stroma) کا ایک ٹکڑا (۱) دکھائی دیتے ہیں۔
(وائٹ ہوس۔)

ہو جاتے ہیں، پیچیدگی پیدا ہو جاتی ہے۔

حیضی اسقاط اور حمل کے ابتدائی مہینوں میں واقع شدہ اسقاط کے درمیان بہت نمایاں مشابہت پائی جاتی ہے، جب ان دونوں اعمال کا مقابلہ کیا جاتا ہے تو ہر ایک میں غن میں

نرمی اور اتساع پایا جاتا ہے (شکل ۸۵، ہنسل مین) اور ہر ایک میں رحمی انقباضات موجود ہوتے ہیں اور ہر ایک میں تنخر ریزہ انجام کار خارج ہو جاتا ہے۔
یہ امر اچھی طرح سمجھ لینے اسے کہ عورت میں عمل حیض ایک مرکب فعل ہے جو دو علیحدہ علیحدہ اور ممیز افعال سے متعلق رکھتا ہے جن میں سے ہر ایک ایک خاص فعلیاتی مقصد کو سرا انجام دیتا ہے مگر دوسرے میں مدغم ہو جاتا ہے، یہ مسئلہ آسان ہو جاتا ہے جو بصورت دیگر پیچیدہ اور مشکل ہے۔

110

کنین (Cannon) نے حال ہی میں اس تمام مسئلہ پر بالتفصیل نظر ثانی کی ہے۔ اور اس نے اس امر سے مطابقت کرتے ہوئے کہ عورت میں حیض تناسلی دور کی پیشین شبہتی اور کاذب الحمل یا لیوٹینی حالتوں کا ”او غام“ ہے، اس خیال کا اظہار کیا ہے کہ پیشین شبہتی حالت دو حیض کے اختتام پر بیسویں دن کے قریب شروع ہوتی ہے، اور جریان حیض یا ریزہ بینی اسقاط کے شروع ہوتے ہی ختم ہو جاتی ہے۔ کنین (Cannon) اور زکرمین (Zuckermann) کا بھی یہ خیال ہے کہ حیض نہ صرف کاذب حمل کے اختتام کو ظاہر کرنا ہے بلکہ پیشین شبہتی حالت بھی



شکل ۸۵۔ عین رحم جیسی کہ یہ عمل حیض کے زمانہ میں دکھائی دیتی ہے۔ ابتدائے ”ایام“ پر فم خارجی (os externum) بند ہوتا ہے۔ (ا) جب تک حیض اچھی طرح سے جاری نہیں ہو جاتا فم خارجی کا اتساع بتدریج بڑھتا جاتا ہے، حتیٰ کہ امتحان کرنے والی انگلی کا سراسر اس میں داخل ہو سکتا ہے۔ متسع فم (ب) اور (ج) میں دکھایا گیا ہے۔ (ہنسل مین کے مطابق۔)

اس پر ختم ہو جاتی ہے۔ اس خیال کی تائید فرینک (Frank) کے اس بیان سے ہوتی ہے کہ حیض کے پہلے دن کے بعد ایسٹرین (oestrin) دوران خون سے غائب ہو جاتی ہے۔ ان حالات کی بنا پر تناسلی دور کو مندرجہ ذیل طریقہ سے ظاہر کیا جاسکتا ہے:-

تناسلی دور کے ایام		تنبیہ	
”ثابت“ حالت -	جسم اصغر کا نمواور حیضی ریزینہ کی بالیدگی -	۱۳	۱۳
			۱۵
			۱۶
			۱۷
			۱۸
			۱۹
			۲۰
			۲۱
			۲۲
			۲۳
”مشقی“ حالت -	بیضہ کی ہلاکت -	۲۴	۲۴
	جسم اصغر کا انحطاط اور ریزینہ کا تنخر -	۲۵	۲۵
		۲۶	۲۶
		۲۷	۲۷
		۲۸	۲۸
		۲۹	۲۹
		۳۰	۳۰
		۳۱	۳۱
		۳۲	۳۲
		۳۳	۳۳
	جراثیم کی بھگی -	۳۴	۳۴
		۳۵	۳۵
		۳۶	۳۶
		۳۷	۳۷
		۳۸	۳۸

کا ذب حمل
(بعد شقی زمانہ) -

پیش شقی زمانہ

شقی زمانہ

اس منظر کی آخری اور فعلیاتی نقطہ نظر سے صحیح توضیح خواہ کچھ بھی ہو لیکن سرسری مشاہدہ سے یہ معلوم کرنا دلچسپی سے خالی نہیں کہ خواہش مقاربت (شوق) اختتام حیض پر سب سے زیادہ محسوس ہوتی ہے۔ اور تناسلی دور کے اس درجہ میں مقاربت کے بارور ثابت ہونے کا سب سے زیادہ امکان ہوتا ہے۔ عملی نقطہ نظر سے اس امر کو تسلیم کرنا بھی ضروری ہے کہ اگرچہ مثالی حیض طبعی طور پر دو فعلیاتی اسباب کا نتیجہ ہے، مگر یہ ممکن ہو سکتا ہے کہ یہ صرف ایک ہی کا منظر ہو۔ یہ ثابت کیا جا چکا ہے کہ بندروں میں تبویض کے بغیر حیض جاری ہو سکتا ہے۔ اور عورت میں بھی اس قسم کا رجحان جریان خون بعض اوقات یقیناً وقوع پذیر ہوتا ہے۔ آئندہ بندروں میں چھ سے لیکر آٹھ دن تک ایسٹرین (cestrin) کا انشرب کرنے اور پھر اس میج کو بند کر دینے سے رجحان نزف پیدا کیا جا سکتا ہے (کارز - آئین - ہارٹ مین)۔ ایسا صرف اسی حالت میں ظہور پذیر ہوتا ہے جبکہ نخامیہ کا مقدم لختہ موجود ہو، اور بائربالہ برآوردہ حیوانات کی صورت میں ایسٹرین (cestrin) کے ساتھ اس کے مقدم لختہ کے خلاصے بھی شامل ہو۔ ہارٹ مین (Hartmann) نے حال ہی میں ان امور کی یاد دہانہ صحیح طور پر ان متفاو امور کی توجیہ نزف حیض اور اس جریان خون کے درمیان جو بیضہ کے انقباض کے ابتدائی درجہ میں ریڑہینہ میں واقع ہوتا ہے، مشابہت قائم کرنے سے کی ہے۔ چنانچہ وہ عورت کے عمل حیض کو، امراضیاتی نظریہ تصور کرنے کی بجائے جسے عام طور پر تسلیم کیا جاتا ہے اور جس کی بنا جسم اصفیہ کے تکرر پر رکھی گئی ہے، ایک فعال فعلیاتی سبب کے ساتھ منسوب کرتا ہے۔ اس لحاظ سے وہ ینگ (Young) کی تائید کرتا ہے جس نے کئی سال پہلے اس امر کی طرف اشارہ کیا تھا کہ رحم کی غشائے مخاطی میں اور اسی غشا سے نزف حیض واقع ہونے کی حالت ان پستانوں میں پائی جاتی ہے جن میں بارور دور کی متناظر حالت میں اسی خطہ میں شیمیائی کے ساتھ خون کی آزادانہ و عایدی پائی گئی ہوگا ایسا ہوتا ہے اور حیضی نزف کسی ٹاکسین (toxin) یا ہارمون کا نتیجہ ہوتا ہے جو بیض اور رحم سے باہر پیدا ہوتا ہے مثلاً بربالہ میں، توجیبہ کہ کینن (Cannon) نے کہا ہے ”اس سے ہم کو ان شرائط کو نظر انداز نہ کرو مینا چاہئے جن کی تکمیل اس قسم کی کسی فرضی چیز کے بروئے کار آنے سے قبل ناگزیر ہے“۔

حیض کا توازن (Menstrual Rhythm)۔ فعل حیض کے تمام پہلوؤں میں سے وہ میکانیہ جو طبی صورت حالات کے دور کو منظم اور باقاعدہ رکھتا ہے نہایت ہی دلچسپ ہے، اور اس کے متعلق ہمیں بہت ہی کم واقفیت حاصل ہے۔ نظام قدرت میں یہ ایک

تعجب خیز امر معلوم ہوتا ہے کہ تناسلی فعل کی فعلیاتی فعالیت عضویات کی اکثریت میں خواہ وہ علی ہوں یا ادنیٰ ایک دوری مراختیار کرتی ہے۔ جہاں تک عورت کے تناسلی دور کا تعلق ہے یہ ایک مسئلہ امر ہے کہ بدن کا عمومی عمل تنحول تناسلی فعل کے ماہواری توازن سے مطابقت کرتا ہے۔ اور اساسی تنحول کے دوری اختلافات (وکیمن Wakemann) اور جسم کی پیش اور خون کے کیلیم اور ایوڈین کے مشمول اور کاربوہائیڈریٹس کے تنحول اور امونیا کی قدر سے یہ ثابت بھی ہوتا ہے (بائند Bond)۔ اساسی تنحول کی شرح کے متعلق کے رائٹس (K. Roberts) نے ہمارے شعبہ (بی۔ ڈیپلو) میں تحقیقات کرتے ہوئے حال ہی میں وکیمن کے مشاہدات کی تصدیق کی ہے۔ اور اس نے یہ ثابت کیا ہے کہ دور حیض خود بخود چار حالتوں میں تقسیم ہو جاتا ہے جو دروں رحمہ کے نموکے مختلف مدارج سے قریبی طور پر متناظر ہیں۔ قبل از حیض حالت میں تنحول کی شرح بتدریج بڑھتی جاتی ہے اور یہ حیض کے جاری ہونے سے چار یا پانچ دن قبل اپنی اعظم مقدار کو پہنچ جاتی ہے۔ ”ایام“ کے شروع ہونے سے دو یا تین دن قبل اس میں معینہ کمی واقع ہو جاتی ہے اور اس کی مقدار اقل رہ جاتی ہے۔ اس کے بعد منحنی بتدریج اوپر اٹھتا جاتا ہے حتیٰ کہ مقدار مذکورہ طبعی سے بڑھ جاتی ہے اور یہ حالت فعل حیض کی ابتدا پر پائی جاتی ہے۔ دوران حیض میں اساسی تنحول کی قیمت طبعی سے زیادہ ہوتی ہے اور مستقل رہتی ہے اور اس میں ۴ فی صدی سے کم کمی بیشی واقع ہوتی ہے اور اس طرح ”حیضی سطح مرتفع“ (menstrual plateau) بن جاتی ہے۔ اختتام حیض پر اس میں دفعۃً طبعی مقدار سے ۵ فی صدی کمی واقع ہو جاتی ہے۔ یہ حالتیں اس قدر عین معلوم ہوتی ہیں کہ جیسا کہ رائٹس (Roberts) نے بیان کیا ہے تنحول کی شرح کے منحنی کے مطالعہ سے اس حقیقتی حالت کا اندازہ کر لینا ممکن ہے جس میں رحمی دروں رحمہ پایا جائیگا۔

یہ ایک قدرتی امر ہے کہ فعلیاتی فعل کی تحقیقات سے حیضی توازن کی توجیہ کی کوشش کو ایک یا زائد بنیادی میکانیوں کا مظہر قرار دینے سے کی جاتی ہے۔ اس قسم کا میکانیہ خواہ ابتداً حیض سے تعلق رکھتا ہو یا نچامیہ سے دوریت کی توضیح کا مسئلہ جو فطرت انسان کے کسی دوری عامل سے تعلق رکھتا ہے اور جو اتنا ہی بعید از فہم ہے جس قدر کہ اصل حیوانیہ غالباً فلسفہ سے تعلق رکھتا ہے اور فعلیات سے تعلق نہیں رکھتا (نوویک Novak)۔ عورت میں دور حیض کے توازن کے سلسلہ میں نچامی اور حیضی ہارمونوں کو خواہ کوئی بھی درجہ حاصل ہو یہ امر قرین قیاس معلوم ہوتا ہے

یہ تمام میکانیہ غالباً ایک مرکز کی وساطت سے جو زیر عرشہ (hypothalamus) میں واقع ہے عصبی نظام کے ضابطہ اثر کے ماتحت ہے۔ اس قسم کے نظریہ کی تصدیق حیوانات میں تجربہ مکوس فعل پیدا کرنے پر بیضی فعل کے شروع ہو جانے، اور انسانی موضوع میں اسی قسم کی فعالیت کے نفسی تاثرات سے نتیجہ ظہور پذیر ہو جانے سے ہوتی ہے۔ یہ تمام موضوع انتہائی درجہ کا پیچیدہ ہے، اور جب تک مشاعرہ عصبی نظام اور اندرونی افزائی غدود کا درمیان فی تعلیق خوبی واضح نہیں ہو جاتا ہم تولیدی فعل کے مبادیات کو اور خاص کر ان اسباب کو جن پر اس کے توازن کا انحصار ہے اچھی طرح سے سمجھ نہیں سکتے۔

حیض کے سریری خواص۔ حیض کی ابتدا لڑکی کے صنفی بلوغ کو پہنچنے کی عام طور پر پہلی علامت ہوتی ہے۔ برطانیہ عظمیٰ میں یہ تقریباً چودہ سال کی عمر میں شروع ہو جاتا ہے، لیکن توارث، تغذیہ، ماحول، اور پیشہ کے لحاظ سے اس میں کچھ کمی بیشی واقع ہو جاتی ہے۔ بڑے بڑے شہروں میں آبادی کی گنجائی اور جدید طرز زندگی کے مطابق ہر ایک صنف کے افراد کے اختلاط سے اعلیٰ عصبی مراکز میں جلد مہمان پہنچتا ہے، اور اس طرح یہ صورت حالات متبادر صنفی نمونہ کا واسطہ باعث ہوتی ہے۔

ایسا معلوم ہوتا ہے کہ آف ہوا کا بھی اس عمر کی قدر اثر پڑتا ہے جس عمر میں حیض شروع ہوتا ہے جیسا کہ ہندوستان، آسٹریلیا، اور جاوا کی عورتوں میں یہ جلد آنے لگتا ہے۔ منطقہ حارہ کے باشندوں کے متعلق عام طور پر یہ کہا جاسکتا ہے کہ یہ صنفی بلوغ کو قاعدہ جلد پہنچ جاتے ہیں، اور ان میں پہلا استقرار حمل بارہ سال کی عمر میں اکثر دیکھنے میں آتا ہے۔ گر آب و ہوا کی نسبت نسل کا اثر زیادہ اہم ہے، مثلاً ایلاسکا کی اسکیمو عورتوں میں تیرہ سال کی عمر میں حیض شروع ہو جاتا ہے، اور یورپ میں سویڈن کے، اور افریقہ میں سیرالیون کے باشندوں میں یہ آٹھویں اور دسویں سال کے درمیان شروع ہوتا ہے۔ سالی لینڈ کی حبشی عورتوں میں اس کی ابتدا سو سال کی عمر پر ہوتی ہے۔ اور امریکہ کے ان اصلی باشندوں میں جو منطقہ قطب شمالی میں رہتے ہیں یہ ساڑھے بارہ برس کی عمر میں شروع ہوتا ہے۔ اینگل مین (Englemann) نے ریاستہائے متحدہ امریکہ اور کینیڈا کی سفید فام عورتوں میں سن ابتدا سے حیض کی تحقیق کی ہے، اور اس نے ۲۰۰۰ عورتوں سے معلومات حاصل کرنے کے بعد اوسط سن مذکور چودہ مقرر کیا ہے۔ اس مؤلف نے آب و ہوا کے مختلف اقسام کے زیر اثر جو خلیج ہڈن، اور خلیج میکسیکو کے

درمیانی علاقہ میں پائے جاتے ہیں سن ابتداء سے حیض میں بہت کم اختلاف پایا ہے۔ اگرچہ یورپی نسلوں میں ابتداء سے حیض کی اوسط عمر چودہ سال خیال کی جاسکتی ہے، لیکن یہ ضروری ہے کہ طبعی بلوغ کے حدود کافی وسیع یعنی بارہ سال سے سولہ سال تک مقرر کئے جائیں۔ پانچ سے آٹھ سال تک کی عمر میں تبادر حیض کے جاری ہونے کی بہت سی مثالیں قلمبند کی جاسکتی ہیں، لیکن ان میں سے چند ہی عمل حیض کی صحیح مثالیں تسلیم کی جاسکتی ہیں، کیونکہ امراض باقی حالتوں کو مستثنیٰ کرنے کی کما حقہ احتیاط نہیں کی گئی۔ مگر اس امر میں کچھ شک نہیں کہ تبادر حیض کے حقیقی مریض بھی بعض اوقات دیکھنے میں آتے ہیں، کیونکہ نیک (Nacke) نے حال ہی میں ایک مریضہ کے حالات قلمبند کئے ہیں جس کو ساڑھے تین سال کی عمر میں چار چار ہفتہ کے وقفہ پر حیض باقاعدہ آنا شروع ہو گیا تھا۔ اور پانچ سال کی عمر میں بلوغ کے جملہ امارات مکمل طور پر نمودار ہوئے تھے۔

113

حیض کا ہر ایک دور اوسط چار سے پانچ دن تک جاری رہتا ہے۔ لیکن مدت اور مقدار نزف کے لحاظ سے کئی ایک انفرادی اختلافات دیکھنے میں آتے ہیں۔ دودن سے کم اور سات دن سے زیادہ مدت غیر طبعی تصور کی جاسکتی ہے۔ مقدار نزف کا کوئی معیار قائم نہیں کیا جاسکتا، لیکن عملی مقاصد کے لئے کسی فرد معینہ میں خون حیض کا اس کی معمولی ماہواری مقدار سے کم یا زیادہ آنا خون کی ضائع شدہ حقیقی مقدار سے زیادہ اہمیت رکھتا ہے۔ اور یہ بھی ممکن ہے کہ جو مقدار ایک عورت کے لئے طبعی ہو وہ کسی دوسری کیلئے مضطرب ہو۔ خون حیض میں چھوٹے چھوٹے تھکے بالعموم موجود ہوتے ہیں لیکن بڑے بڑے تھکے اس میں خون اس وقت بنتے ہیں جبکہ جریان خون بہت کثرت سے ہو رہا ہو۔

ابتداء میں نزف بالعموم قلیل ہوتا ہے، اور دوسرے یا تیسرے دن اپنی انتہائی مقدار کو پہنچ جاتا ہے۔ پہلے پہل مواد کی رنگت گلابی ہوتی ہے، اور یہ خاص طور پر لزج ہوتا ہے، اور اس میں مخاط کی بہت بڑی مقدار موجود ہوتی ہے جو عین غلغلہ سے آتی ہے، اور اس میں خون بہت کم مقدار میں ہوتا ہے۔ بعد ازاں یہ شوخ سرخ ہو جاتا ہے، اور حیض کے اختتام پر اس میں دوبارہ بھوری سی بھلک پیدا ہو جاتی ہے۔ اکثر اوقات ایسا ہوتا ہے کہ جریان حیض جو بیس گھنٹہ یا اس سے زائد عرصہ کے لئے موقوف ہو جاتا ہے، اور پھر جاری ہو کر اپنا طبعی ممر اختیار کر لیتا ہے۔

دور حیض کی اوسط مدت تقریباً آٹھ یا بیس دن ہے، لیکن اس میں بھی اختلاف پایا جاتا ہے۔ بہت سی تندرست عورتوں میں یہ مدت صرف بیس دن ہوتی ہے، اور بعض میں پانچ ہفتہ تک دیکھنے میں آتی ہے، لہذا حیض کے طبعی توازن کے حدود تین سے پانچ ہفتہ تک مقرر کئے جاسکتے ہیں۔

کسی فرد معینہ کے طبعی توازن حیض کا تغیر زیادہ اہم امر ہے۔ حیض کے آغاز سے لیکر اس کے توازن کے منظم ہونے تک اکثر ایک یا دو سال کا عرصہ درکار ہوتا ہے۔ اور اس دوران میں وقفے عموماً زیادہ طویل ہوتے ہیں۔ مگر بعض اوقات ابتدا میں حیض جلد جلد آتا ہے، اور نرف بکثرت ہوتا ہے، اور ساتھ ہی درد بھی ہوتا ہے۔

چند قابل شناخت تغیرات خود رحم میں واقع ہوتے ہیں۔ حیض شروع ہونے سے پہلے رحم بالعموم دباؤ پر حساس ہوتا ہے، اور یہ غالباً قبل از حیض امتلا کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اکثر اوقات بیض اور غلوی نیلیاں بھی نامناسب طور پر حساس ہوتی ہیں۔ جریان حیض کے دوران میں عرق رحم حل کے ابتدائی زمانہ کی طرح واضح طور پر نرم ہوتی ہے، اور اس کی قتال بھی کسی قدر متسع ہو جاتی ہے، جسم رحم بھی نرم ہوتا ہے، چنانچہ رحم کی مقامی کیفیتیں اس اسقاط کے مشابہ معلوم ہوتی ہیں جو ابتدا حل ہی میں واقع ہو گیا ہو (مثلاً ۸۵ مینٹل مین)۔ اس مشابہت کی وجہ سے بے قاعدگی حیض کی تشخیص میں جبکہ یہ ایک غیر طبعی طویل عرصہ کے بعد شروع ہوا ہو وقت پیش آتی ہے۔ اس حالت میں صرف واضح مصغی ساختوں کے اخراج ہی سے اسقاط کی تشخیص کی توثیق کی جاسکتی ہے۔

اس امر میں کچھ شبہ نہیں کہ دوران حیض میں القباضات رحم سے عرق کا ہے گا ہے متسع ہو جاتی ہے، جس سے حاصلات حیض کے خارج ہونے، اور عرق سے اسی وقت باسانی گذر جانے کے دو مقصد پورے ہو جاتے ہیں۔ یہ القباضات دیوار رحم کے عروق خون کے قطرہ میں کمی واقع کرنے کے باعث اندر جریان خون کو بھی غالباً مدد پہنچاتے ہیں۔ انجام کار رحم ایک دفعہ اور محکم اور سخت ہو جاتا ہے۔

حیض کی علامت صرف نرف رحم ہی نہیں، بلکہ پیرایام کے شروع ہونے سے کئی روز پیشتر چند علامات مندرجہ موجود ہوتے ہیں، مثلاً خوص میں گرائی یا درد کا احساس، مکر کا درد، دوسرے نون میں درد کا احساس، اور کم و بیش عمومی کسل۔ بعض عورتوں میں تنک مزاجی اور دماغی توازن کی بستی پائی جاتی ہے۔ اور بعض میں حالت قبل از حیض میں ہمیشہ جلدی ثورات پیدا ہو جاتے ہیں جو بہت جلد غائب ہو جاتے ہیں۔ مریضہ علامات کے اس سلسلہ کو جن کے لئے ”مہووات حیض“ (menstrual

molimina) کی اصطلاح مستعمل ہے ماہواری ایام کا پیشرو سمجھتی ہے۔ بعض عورتوں میں کوئی علامات مندرجہ نہیں ہوتے، اور ایام کے شروع ہونے سے پیشتر ان کو ان کے متعلق کسی قسم کی کوئی خبر نہیں ہوتی۔ ایام کے پہلے دو یا تین دنوں میں علامات مذکورہ کے علاوہ مشابہ اکثر خراش پذیر ہو جاتا ہے۔

اور بعض اوقات پیشاب بھی درد سے آتا ہے۔

بہت سے مشاہدات سے یہ ثابت ہو چکا ہے کہ حالت قبل از حیض میں نبض کی رفتار قدرے تیز ہو جاتی ہے، اور پیش اور خون کے دباؤ میں کسی قدر اضافہ ہو جاتا ہے، اور یوریا (urea) کا اخراج طبعی مقدار سے ذرا زیادہ ہو جاتا ہے۔ دورانِ حیض میں ان میں سے ہر ایک کی طبعی مقدار میں کمی واقع ہو جاتی ہے، اور اسکے اعتدال پر ان سب کی حالت پھر طبعی ہو جاتی ہے۔ یہ تغیرات عرقِ حرکی اور تھولی اختلالات پر دلالت کرتے ہیں جو اس عمل کے ساتھ پائے جاتے ہیں (دیکھو صفحہ ۱۱۱)۔

حیض کے سرریہ علامات کی شدت تندرست عورتوں میں بھی بہت اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ عورتوں کی ایک بہت ہی قلیل تعداد میں ایامِ حیض کا خاتمہ بغیر کسی تکلیف کے ہوتا ہے۔ بہت سی عورتیں ایامِ حیض کے دوران میں ایک یا دو دن تک نیم معذوری کی حالت میں رہتی ہیں یا کم از کم ان کی طبیعت سکند رہتی ہے۔

علاماتِ مندرجہ حوضی امتلا کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں، اور یہ صاف ظاہر ہے کہ جب خاص کر انتہائی قسم کی مرضی کیفیتیں موجود ہوں تو ہر ماہواری ایام سے پیشتر ان کے علامات کے زیادہ شدید ہو جانے کا احتمال ہوگا۔

حیض کا صحیح اہتمام۔ حیض اگرچہ ایک طبعی عمل ہے لیکن اپنے حدود سے بہت جلد متجاوز ہو کر یہ غیر طبعی ہو جاتا ہے۔ اس فعل کا بروقت اور باقاعدہ وقوع بلاشبہ عمدہ جسمانی صحت پر دلالت کرتا ہے۔ جب یہ عمل طبعی حالت میں سر انجام نہیں پاتا، اور اس میں کوئی نمایاں اختلال واقع ہو جاتا ہے تو اس کے ساتھ عمومی خرابی صحت کے دوسرے علامات بھی پائے جاتے ہیں چونکہ عورت کی عمر کے ساڑھے پانچ سال، علاوہ استقرارِ حمل کے، حالتِ حیض میں گزرتے ہیں (ہاروڈ کیلی) اس لئے اس فعل کی طبعی سر انجام دہی عورت کی ذاتی راحت و تسکین، اور اس کے قوم کا ایک فرد ہونے کی حیثیت سے عظیم الٰہیت ہے۔ تاوقتیکہ عملِ حیض باقاعدہ طور پر منظم نہ ہو جائے اور اس کا توازن معین نہ ہو جائے سن بلوغ پر اس کے لئے احتیاط درکار ہے۔ ان صورتِ حالات کے تحت ماہواری ایام میں مدرسہ یا کارخانہ میں زیادہ محنت سے کام کرنے، جسمانی تکان، اور سردی، لگنے اور جھجکے سے خاص طور پر احتراز کرنا چاہئے۔ ایامِ حیض میں سردی لگنے سے بعض اوقات زوت دفعۃً محسوس ہو جاتا ہے، اور اسکے بعد غالباً متعاقب امتلا کے رفع نہ ہونے کی وجہ سے شدید حوضی درد شروع ہو جاتا ہے جن عورتوں کو دائمی قبض کی شکایت ہوا ان کے لئے ایامِ حیض سے قبل خفیف سے ملین کار و زانہ استعمال موزوں ہے۔

اگرچہ یہ ظاہر ہے کہ دوران حیض میں زیادہ نکلان سے بچنا چاہیے مگر جن عورتوں کا تغذیہ طبعی ہو ان میں کوئی ایسی چیز معلوم نہیں ہوتی جس کے لئے ماہواری ایام میں ان کو آرام کرنا ضروری یا مناسب ہو (جیکوبی: Jacobi)۔ خدا عزوجل تک ورزش کرنے سے مقامی امتلا جس کی وجہ سے گرائی حوض اکثر محسوس ہوتی ہے کسی قدر رفع ہو جاتا ہے۔

ایام حیض میں روزانہ غسل ہرگز بند نہ کرنا چاہئے، گو یہ ایک عام خیال ہے کہ یہ مضرت ثابت ہوتا ہے مگر یہ بالکل غلط ہے۔ اسی طرح یہ بھی بالخصوص منقسط طبقات میں عام طور پر یہ خیال کیا جاتا ہے کہ ایام حیض میں زیر جامہ کو زیادہ مرتبہ بدلنے سے صحت پر مضرت ہوتا ہے۔ اس امر کے وضاحت سے بیان کرنے کی زیادہ ضرورت نہیں کہ جسم اور کپڑوں کی صفائی جو ہمیشہ ایک ضروری چیز تصور کی جاتی ہے، ان ایام میں بھی عظیم الاهمیت ہے۔ عمل حیض کے آغاز سے لیکر اس کے اختتام تک خون حیض کے لئے ضرور کوئی انتظام کرنا چاہئے۔ ایسا عام طور پر ”لنتہ“ یا ”گدی“ (sanitary pad) کے ذریعہ سے کیا جاتا ہے۔ اس قسم کی گدی کے کارگر ثابت ہونے کے لئے یہ ضروری ہے کہ وہ جاذب ہو اور نثرانی در نہ ہو، اور ساتھ ہی اس میں دفع عفونت اور ارزانی قیمت کے اوصاف بھی موجود ہوں۔ بازار میں ان کی بہت سی قسمیں دستیاب ہوتی ہیں جن میں نرم ترکی تولیہ (Turkish towelling) کے ایک سادہ مربع ٹکڑے سے لیکر مشہور و معروف دواساز کمپنیوں کی زیادہ مکمل ساخت کی مرکب ٹھوس مصنوعات شامل ہیں۔ موخر الذکر کا اس میں یا تو جاذب روئی ہوتی ہے یا باجیان کا چاول کا کاغذ، نہ ریکسی ایسے دفع عفونت کا حامل ہوتا ہے جو خراش اور نہیں ہوتا۔ خواہ کسی قسم کا لنتہ بھی استعمال کیا جائے اسے زیادہ مرتبہ تبدیل کرنا چاہئے، اور مستعمل لتوں کو جلا دینا چاہئے۔ ان لتوں یا تولیوں کے محافظ اثر کو زیادہ کرنے کے لئے ان پر کوئی مانع آب غلاف (مثلاً پپر کا غلاف) چڑھا ہوتا ہے۔ مگر حیثیت مجموعی ان کے استعمال کی سفارش نہیں کی جاسکتی، کیونکہ بری تجربہ کو روک دیتی ہے اور اس سے جلد میں خراش پیدا ہو جاتی ہے۔

بلوغ۔ جب حیض پہلی دفعہ شروع ہوتا ہے تو اس زمانہ میں بعض عمومی فعلیات فی تغییرت بھی عام طور پر نمودار ہوتے ہیں جن کے مجموعہ پر ”بلوغ“ مشتمل ہے۔ یہ تغیرات صرف ذہنی اور خارجی اعضاء کے انتہائی عدد ہی میں رد نہ ہونے ہوتے بلکہ حوض کی ہڈیوں اور جسم کی عمومی شکل میں بھی واقع ہوتے ہیں جو بالغ عورت کے جسم کی طرح سدول ہو جاتا ہے۔ مزید برآں نفسی تغیرات بھی نمودار ہو جاتے ہیں، اور یہی وہ سب تغیرات ہیں جن پر زنانہ امتیازی خصوصیات مشتمل ہوتی ہیں

اور عورت کو لڑکی سے متمیز کرتی ہیں۔ سن بلوغ پر سچتہ بیضی پہلی مرتبہ پیدا ہوتے ہیں، اور لیوٹینی بافت بیض میں پہلی دفعہ ظاہر ہوتی ہے۔ یہ بیان کیا گیا ہے کہ حیض کی ابتدا آغاز سن بلوغ کو ظاہر کرتی ہے۔ یہ امر مشکل ہی سے صحیح قرار دیا جاسکتا ہے، کیونکہ کل حیض کی ابتدا اگرچہ اس امر پر دلالت کرتی ہے کہ اعضائے تناسل نہ صرف نمو ہی کے نقطہ نظر سے بلکہ فیزیکی نقطہ نظر سے بھی بلوغ کو پہنچ گئے ہیں، مگر ابتدائے حیض سے پہلے استفرارِ حل کے واقعات بھی نامعلوم نہیں۔ اگرچہ سفید فام قوتوں میں بلوغ کا سن تقریباً چودہ سال بیان کیا جاتا ہے، مگر یہ یاد رکھنا چاہئے کہ بلوغ کے مختلف امارات بتدریج پیدا ہوتے ہیں، اور بعض حالتوں میں نام نہاد "ثانوی صنفی صفات" (secondary sex characters) حیض شروع ہونے سے پہلے ہی بخوبی نمایاں ہوتے ہیں۔ سن بلوغ سے قبل بیضین کو دور کر دینے سے رحم اور پستانی غدود کا نمورک جاتا ہے، مگر یہ امر مشتبہ ہے کہ آیا حیضی تغیرات کو ان معلومات کی روشنی میں جو نجامیہ، درقبیہ اور دیگر دروں افزائی غدود کے اتصال کے متعلق حاصل ہو چکی ہیں، بلوغ کا واحد متحرک سبب بھی قرار دیا جاسکتا ہے۔ اغلب یہ ہے کہ بلوغ کا انحصار بیضین کی صحت اور فعالیت پر، اور ان کے ان لازمی روابط کے ساتھ جو "نسوانی صنفی مخلوط" (female sex complex) کا ایک جزو ہیں (بلیئر بل: Blair Bell) ہم آہنگ رہنے پر ہے۔ لڑکیوں میں سن بلوغ سے بہت پہلے ایسے جسمانی اور نفسانی خصائص موجود ہوتے ہیں جو لڑکوں سے بالکل مختلف ہوتے ہیں۔ ان میں بیضین مکمل طور پر نمایاں نہیں ہوتے، اور یہ غیر فعال ہوتے ہیں۔ اس لئے صنفی صفات کے ظہور کو ان کے اثر سے منسوب نہیں کیا جاسکتا۔ مزید برآں کا ذبِ خنثا (pseudo-hermaphrodites) خصیتین کی موجودگی کے باوجود بعض اوقات شکل و شمایلت اور نفسی خصوصیات کے لحاظ سے خوبصورت عورتوں کی طرح دکھائی دیتے ہیں۔

سن بلوغ پر فعلِ حیض میں بالعموم بے قاعدگیاں بھی پائی جاتی ہیں، اور یہ بالعموم مقررہ رگی نرَف کی شکل میں دیکھنے میں آتی ہیں۔ نوجوان لڑکیوں میں ان طویل المدتِ نزفات کا سبب جو بعض اوقات خطرناک ثابت ہوتے ہیں یہ ہے کہ ہارمونی صنفی مہج اور دروں رحمہ کے درمیان ہم آہنگی موجود نہیں ہوتی۔ قبل الذکر رحمہ کے نموی تکمیل سے قبل ہی عمل پیرا ہو جاتا ہے۔ لہذا بلوغ کو غیر قائم توازن کی ایک حالت تصور کرنا چاہئے جس میں جہاں تک رحم کا تعلق ہے دروں رحمہ (endometrium) اور رحمہ (metrium) کا آبل نموی قلیل الوقوع نہیں ہوتا۔

یہ ایک افسوس ناک امر ہے کہ یہ سن اس زمانہ کا متناظر ہے جبکہ لڑکی کے عصبی نظام پر تعلیم یا کارخانہ کی ملازمت کی وجہ سے مزید باریک پڑتا ہے۔

انقطاع الطمث یا سن یاکس (Menopause or Climacteric Period)

(menopause) - عورت کی زندگی کے تولیدی حصہ کی انتہا انقطاع الطمث (climacteric) یا "تغیر سن" (change of life) کے نام سے موسوم ہے۔ اس زمانہ پر استقامت تولید ختم ہو جاتی ہے، مگر یہ لازمی طور پر پیری کا پیش خیمہ نہیں۔ اکثر عورتوں میں بلوغ کی نازکی کئی سال تک برقرار رہتی ہے تاوقتیکہ عام صحت خراب نہ ہو جائے یا ذہنی اختلالات رونما نہ ہو جائیں۔ اختتامِ تنویر کے بعد بھی عورت کی جسمی صحت زندگی کئی سالوں تک برقرار رہتی ہے لیکن اس میں قوتِ تولید نہیں ہوتی۔

سیالیس سال سے لیکر چالیس سال تک کی عمر کے زمانہ میں حیض بالعموم کمی و کثرت بھی منتقل ہو جاتا ہے۔ مگر بعض اوقات یہ پچیس سال کی عمر تک، اور کبھی کبھی اس کے بعد تک بھی بند نہیں ہوتا۔ گاہے گاہے یہ چالیس سال کی عمر سے پہلے بھی بند ہو جاتا ہے۔

زندگی کے حقیقی طور پر فعال حصہ میں بیضین کو بذریعہ علمیہ علمدہ کر دینے سے "مصنوعی" انقطاع الطمث قدرتی طور پر پیدا ہو جاتا ہے نیز برائے بھی معلوم ہوا ہے کہ بعض اوقات رحم برآری بہ صیانت بیضین (hysterectomy with conservation of the ovaries) کے بعد انقطاع الطمث کے علامات پیدا ہو جاتے ہیں۔ کبھی کبھی تناسلی اعضا میں علمیہ مداخلت کرنے کے بغیر ہی "قبل الوقت" انقطاع الطمث پیدا ہو جاتا ہے، اور ایک واقعہ درج کیا گیا ہے جس میں حیض قدرتی طور پر تیس سال کی عمر میں بند ہو گیا تھا جو گیارہ سال کی عمر میں شروع ہوا تھا۔ بعض حالتوں میں محرک سبب کوئی شدید مرض یا دائمی صدمہ یا کوئی ایسا شدید علمیہ ہوتا ہے جس کے لئے یہ ضروری نہیں کہ وہ اعضائے حوض پر ہی کیا گیا ہو۔ بعض حالتوں میں بچہ کو زیادہ یا طویل عرصہ تک دودھ پلانے سے بھی انقطاع الطمث واقع ہو جاتا ہے، اور اکثر ایسا ہوتا ہے کہ جب کبھی انقطاع الطمث کی عمر کے قریب حمل ہو جاتا ہے تو اس کے بعد کی رضاعی بے طہیث انقطاع الطمث کی مستقل بے طہیث کے ساتھ بلا واسطہ مل جاتی ہے۔

عمل حیض کا اختتام تین طریقوں میں سے کسی ایک پر ہو سکتا ہے۔ (۱) بعض اوقات یہ دفعۃً آخری طور پر بند ہو جاتا ہے، اور اس سے پہلے کوئی تغیرات مشاہدہ میں نہیں آئے۔

(ب) بیشتر ایسا ہوتا ہے کہ ماہواری ایام بے قاعدہ وقفوں پر آتے ہیں جن کا طول بڑھتا جاتا ہے اور مقدار نزف میں بتدریج تخفیف ہوتی جاتی ہے، حتیٰ کہ یہ بالکل غائب ہو جاتا ہے۔ (ج) بے قاعدگی کے زمانہ میں کبھی کبھی خون کثرت سے ضائع ہوتا ہے، یا بہت دیر تک خطرناک حالت میں ضائع ہوتا رہتا ہے (امراضیاتی انقطاع الطمث)۔ بے قاعدگی کے زمانہ کا طول مختلف ہوتا ہے اور یہ کئی سال تک رہ سکتا ہے۔ یہ امر اس حالت میں بہت اہم ہوتا ہے جبکہ نزف دم اتنا شدید ہو کہ عورت کا نظام اس کا متحمل نہ ہو سکے۔

نخل حیض کی ان تبدیلیوں کے ساتھ ساتھ بعض عمومی اختلالات اکثر بائے جاتے ہیں۔ ان کو تین گروہوں میں تقسیم کیا جاسکتا ہے۔ (۱) عرق حرکی۔ (ب) بخولی۔ (ج) نفسی۔

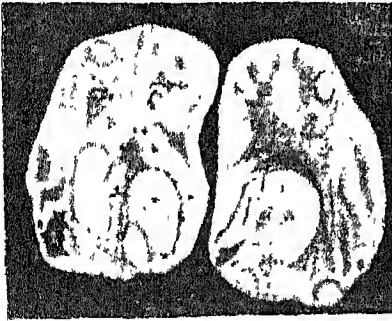
مہینہ تر بن عرق حرکی علامت ”ٹوڑو“ (flushing) یا احساسات حرارت (heats) کے حملوں پر مشتمل ہوتی ہے، یہ بعضہ کو ایسا محسوس ہوتا ہے کہ اس کے تمام جسم پر سے حرارت کی لہریں گزر رہی ہیں، اور اس احساس کے ساتھ اکثر اوقات منہ، گردن، اور جسم کے دوسرے حصوں کا مرمی امتلا موجود ہوتا ہے، جس کے بعد پسینا آتا ہے جو شدید حالتوں میں مضطرب ہوتا ہے۔ ہر ”ٹوڑو“ (flushing) بہت سریع الزوال ہوتا ہے، مگر بعض اوقات پندرہ سے تیس منٹ تک رہتا ہے۔ یا بخلاف اس کے تقریباً وقتی بھی ہوتا ہے۔ ایک دن میں کئی توڑواں ہوا ہو جاتے ہیں، اور بعض اوقات انکی تعداد بہت کم ہوتی ہے۔

دوسرے وجع العصب (neuralgia) جوارح میں جھنکار یا سن بن کا احساس اور حلق کی حسی عصبانیتیں (sensory neuroses) بھی عام طور پر پائی جاتی ہیں۔

حال ہی میں ہم (بی۔ ڈبلیو) نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ بہت سے مریضوں میں، اور بہ زیادہ صبح ہوگا کہ مریضوں کی اکثریت میں، انقطاع الطمث کے توڑوات (flushings) اور دیگر موضوعی علامات کی شدت کا ایک خاص توازن مشناخت کیا جاسکتا ہے۔ اساسی تحول کے منحنی کے مشاہدات سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ یہ ان تاریخوں کے متناظر ہوتے ہیں جو طبعاً ایام حیض کی تاریخیں ہوتی ہیں۔ یہ توازن اس حالت میں اتنا واضح نہیں ہوتا جب کہ ایام حیض میں پہلے ہی سے

بے قاعدگی پیدا ہو گئی ہو۔ یہ امر بھی مسلمہ قرار دیا جا چکا ہے کہ جب انقطاع الطمث کے دوران میں رحم یا کسی دیگر عضو سے نزف واقع ہوتا ہے تو یہ ہمیشہ موضوعی علامات میں تخفیف کر دیتا ہے بشرطیکہ یہ کافی شدید ہو۔ یہی وجہ ہے کہ جس عورت میں انقطاع الطمث کے دوران میں متاخر تو بیض سے گاہے گاہے نزف واقع ہو جاتا ہو، اسکو اس عورت کے مقابلہ میں جس کو ایک معینہ عمر پر حیض آنا بند ہو گیا ہو ”تورد“ سے کم تکلیف ہوتی ہے۔

جن حالتوں میں ”تورد“ بہت واضح ہوتا ہے ان میں نسوانی صنفی ہارمون پشیاپ میں موجود ہوتا ہے، اور اس سے بظاہر یہ نتیجہ اخذ کیا جاسکتا ہے کہ عرق حرکی علامات زیادہ حد تک بیضی ہارمون کے غائب ہوجانے سے پیدا نہیں ہوتے، بلکہ یہ بافتوں میں ان کے مفراط و تکاث سے



پیدا ہوتے ہیں جو بیضین، تخمیاہ اور درون کے طبعی باہمی تعلق کے قائم نہ رہنے سے پیدا ہوتا ہے۔ شکل ۸۶ میں قدرتی جسامت کا

ایک بیض دکھایا گیا ہے جو ایک ایسی مریض سے علیحدہ کیا گیا تھا جسے انقطاع الطمث کے نمایاں عرق حرکی اور عصبی علامات کی شکایت تھی جو رحم برآری بہ صیانت اصلی بیضین (hysterectomy with

original conservation of the

ovaries) کے عمل کے بعد نمودار ہوئے تھے۔ حال ہی کے مکمل النمو جسم اصغر لیا تھا۔ جسم اصغر اور کثیر التعداد گرافنی جرابوں کو غور سے دیکھا جائے۔ انقطاع الطمث کا دوسرا اور اس کے توردات بیضین کو نکال دینے کے

شکل ۸۶۔ یہ بیض (قدرتی جسامت) ایک ایسی مریض سے علیحدہ کیا گیا ہے جس میں انقطاع الطمث (menopause) کے کسی ایک علامات موجود تھے جو رحم برآری بہ صیانت بیضین کے بعد پیدا ہو گئے تھے۔ گرافنی جرابوں کی موجودگی اور حال ہی کے جسم اصغر کو غور سے دیکھا جائے۔ بیضین کو نکال دینے پر علامات رفع ہو گئے۔ (نوٹ ہوں)

بعد رفع ہو گئے جس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ اس مثال میں علامات بیضی ہارمون کے غائب ہوجانے سے پیدا نہیں ہوئے تھے بلکہ رحم اور درون افزائی اعضا (اگر ان کو مجموعی حیثیت سے لیا جائے) کے

باہمی توازن میں غلطی آنے سے پیدا ہوئے تھے۔

جراحی عملیہ سے بیضین یا رحم یا دونوں کو علیحدہ کر دینے کے بعد جو ”مصنوعی“ انقطاع الطمث پیدا ہوتا ہے اس کے سلسلہ میں یہ امر بہت دلچسپ ہے کہ مریضہ جتنا انقطاع الطمث کی طبعی عمر کے قریب پہنچتی جاتی ہے اتنا ہی اس کے علامات کے زیادہ نمایاں ہو جانے کا احتمال بڑھتا جاتا ہے۔ نوواک (Novak) نے کلبرتسن (Culbertson) کا حوالہ دیتے ہوئے یہ لکھا ہے کہ نوجوان عورتوں پر اخضا کا اثر اکثر حیرت انگیز طور پر خفیف ہوتا ہے، اور یہ مشاہدہ اس ملک (انگلستان) کے محققین (ٹی۔ کسن، اے۔ ڈونالڈ، مائیکل فلیس) نے بھی بطور خود کیا ہے۔ سریری مشاہدہ سے فی الحقیقت یہ ظاہر ہوتا ہے کہ عورت میں جتنی زیادہ صنفی تنگی موجود ہوگی، اور پیچیدہ صنفی اور تولیدی میکانیہ صنفی ویر تک بروئے کار رہا ہوگا انقطاع الطمث کے علامات اتنے ہی زیادہ نمایاں ہونگے جبکہ فعل تولید و بیض کے قدرتی طور پر بند ہو جانے یا ہارمونی زنجیر کو مصنوعی طور پر توڑ دینے سے ختم ہوگا۔

118

شاذ و شاذ مثالوں میں انقطاع الطمث کے زمانہ میں عورتوں کو مذکورہ بالا شکاوتوں میں سے کسی سے بھی کوئی تکلیف نہیں ہوتی۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ وہ واقعات ہیں جن میں انقطاع و بیض صنفی فصل کے فقدان کا تمامہ مزاج ہوتا ہے، جس کے ساتھ ہی ان تمام عناصر کی فعالیت جو ”صنفی مضبوط“ (sex complex) سے تعلق رکھتے ہیں، غائب ہو جاتی ہے۔

عظیم ترین تحولی تغیر ہوتا ہے کہ فریب کی طرف ایک نمایاں رجحان پایا جاتا ہے۔ یہ اکثر مقامی ہوتی ہے، اور دیوار شکم میں چربی کی فراہمی اکثر پائی جاتی ہے جس سے اکثر شکلی سلعہ کا شبہ ہوتا ہے۔ کاربوہائیڈریٹ کے تحول میں جو تغیر واقع ہو جاتا ہے جس سے چربی جمع ہو جاتی ہے، اس کے ساتھ سخامیہ کے مقدم غنہ میں بیش پرورش بھی غالباً پائی جاتی ہے جو بیضی ہارمون کے فقدان کا نتیجہ ہوتی ہے۔ اس امر کی شہادت بھی موجود ہے کہ انقطاع الطمث کے شدید درجہ کی حالت میں بھی سخامی غده کا ورہم اسی طرح موجود ہوتا ہے، اور یہ غلطی کہفہ کی دیواروں سے جس میں یہ محسوس ہوتا ہے مضبوط ہو جاتا ہے (اے۔ پی تھامسن) (دیکھو شکل ۸)۔

اسی تحول پر جو مشادات کئے گئے ہیں ان سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ قدرتی اور مصنوعی دونوں قسم کے انقطاع الطمث میں تحول کا قاعدی خط ہمیشہ بلند ہوتا ہے، مگر کچھ عرصہ تک یہ معمولی حیضی اختلافات کو ظاہر کرتا رہتا ہے، باوجودیکہ حیض آنا بند ہو جاتا ہے۔

انقطاع الطمث کے موضوعی علامات کے ساتھ اساسی تحول کی شرح میں کمی واقع ہو جاتی ہے جو اس امر کا مزید ثبوت ہے کہ یہ علامات ان تاریخوں کے متناسط معلوم ہوتے ہیں جو ماہواری ایام کی تاریخیں ہوتی ہیں۔ بعض عورتوں میں بیضی اثر کے فقدان کے ساتھ مردانہ، یا جیسا کہ مارشل (Marshall) نے بیان کیا ہے، ”نعدیلی“ (neutral) ثانوی صنفی خواص پائے جاتے ہیں۔ ان امارات میں سے واضح ترین امارت یہ ہوتی ہے کہ اوپر کے لب اور ٹھڈی پر بال پیدا ہونے لگتے ہیں۔ جن عورتوں میں یہ خواص پائے جاتے ہیں، اور جن میں بلاشبہ صنفی ہارمون کی قلت پائی جاتی ہے ان کو انقطاع الطمث کے عرق حرکی اور دوسرے موضوعی علامات سے شناذ و نادہی تکلیف ہوتی ہے۔

عام ترین نفسی تغیر ذہنی انقباض ہے۔ طبعاً خوش مزاج عورتیں بھی ترش و سرج بنکا افسردہ خاطر اور تنگ مزاج ہو جاتی ہیں۔ صنفی احساس میں سیدر زیادتی یا انحراف واقع ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات توانائی، قوت حافظہ، قوت متخیلہ، اور جدت طرازی کا فقدان بھی پایا جاتا ہے۔ سن یا اس وہ زمانہ ہے جس میں جنون کے پیدا ہونے کا بہت خطرہ ہوتا ہے، اور بعض اوقات عتہا ہت پیری (senile dementia) کی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ ان عوارض کا احتمال خانگی تامن (private asylums) کے اعداد و شمار کی نسبت تامن عامہ میں زیادہ نمایاں پایا گیا ہے (پرستی سمجھئے) جس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ زیادہ آسودہ طبقہ کی عورتوں میں ان کے ظہور پذیر ہونے کا امکان زیادہ ہے۔

یہ خیال حال ہی میں پیش کیا گیا ہے کہ طبعی انقطاع الطمث کے زمانہ میں جو دروں افزای عدم توازن پیدا ہوتا ہے اس میں رحم کی ماسکی عفونت (focal sepsis) اور اسکے دیگر عضوی ضررات سے اضافہ ہو جاتا ہے، اور اس سے وہ نفسی اختلالات جو عام طور پر موجود ہوتے ہیں زیادہ شدید ہو جاتے ہیں (مور ہیڈ: Moorhead، فٹز جیبون: FitzGibbon)۔ فٹز جیبون نے ایسے دو یا تین واقعات کا ذکر کیا ہے جن میں ایسے نمایاں ذہنی علامات جو عتہا ہت (dementia) اور بالخیلیا (melancholia) پر دلالت کرتے تھے مرض زودہ رحم کو عالمہ کرنے سے رفع ہو گئے تھے۔

ایک نفسی اختلال جو اکثر اوقات ان عتیم عورتوں میں پایا جاتا ہے جن کا انقطاع الطمث کا زمانہ قریب جاتا ہے وہیم حمل (pseudocyesis) یا کھل کذب (spurious pregnancy) ہے۔

ہے۔ اس حالت میں بے طمئیت کے ساتھ ایک وہمی شکمی سلعہ اور حمل کے بہت سے چھوٹے چھوٹے امارات اور علامات موجود ہوتے ہیں۔ زندگی کے اس زمانے میں جربی کار جھان دیوار ہائے شکم میں فراہم ہونے کی طرف ہوتا ہے، اور اس سے ایسا معلوم ہوتا ہے کہ گویا کوئی نامی شکمی سلعہ موجود ہے۔ اس صورت حال میں عضلات شکم کی عصبی عضلی استواری اور امعا کے ریگی تھوڑی کی موجودگی سے اور بھی اضافہ ہو جاتا ہے۔ مریضہ کو خود دھوکا ہو جاتا ہے، اور وہ اکثر اوقات اپنے آپ کو دل سے حاملہ تصور کرتی ہے، اس لئے اس کو اس کی غلطی کا یقین دلانا بعض اوقات مشکل ہوتا ہے۔ یہ حالت حمل کی قدرتی حالت سے بعض اوقات اتنی قریبی مشابہت رکھتی ہے کہ اختتام مینا پر ایک کاذب وضع حمل ہوتا ہے جس میں شدید درد شکم یا باجاناتا ہے۔ غلطیوں سے بچنے کیلئے ایسے مریضوں کا امتحان معدوم حس کے زیر اثر کرنا چاہئے جبکہ حمل کے رمی تغیرات کی عدم موجودگی کا بغیر کسی وقت کے تہ چل جاتا ہے۔

تین سلسلی اعضا کے تشنجی تغیرات۔ سن یا س کے اختتام پر خارجی اور داخلی اعضائے تناسل میں بعض نمایاں تغیرات واقع ہوتے ہیں، مگر یہ اس کے فوراً بعد نمودار نہیں ہوتے، اور کئی عورتوں میں منفی فعالیت کے ظاہری امارات بہت عرصہ تک باقی رہتے ہیں۔ شفرتین کبیر سخت جلدی جربی کے ضلع ہو جانے کی وجہ سے بتدریج سکڑ جاتے ہیں، اور شفرتین اور عانہ پر کے بال کم ہو جاتے ہیں، اور بڑھاپے کے نزدیک آنے پر یہ بتدریج غائب ہو جاتے ہیں۔ شفرتین مغزینینا زیادہ نمایاں ہوتے ہیں، اور فرج کی جلد عموماً خشک اور کسی قدر محلاسی نظر آتی ہے۔ فرج اوٹھیل کا مطلق سرحد مذبول ہو جاتا ہے، اور تار یک سرخ رنگت کے چھوٹے چھوٹے گول قطعہ جو یہ ظاہر ہے کہ سرحد کی گہری تہوں کے معرا ہو جانے سے پیدا ہوتے ہیں اکثر اوقات دیکھنے میں آتے ہیں۔ (دیکھو صفحہ ۳۴۵)۔ عنق کا مہلی حصہ سکڑ جاتا ہے اور کم نمایاں ہو جاتا ہے، اور بعض اوقات یہ اس حد تک پیچھے ہٹ جاتا ہے کہ فم خارجی کے لب محراب مہبل کی سطح کے برابر ہو جاتے ہیں۔ رحم کا جسم اور فلوپی نیلیاں بھی سکڑ جاتی ہیں، اور بوڑھی عورتوں میں دروں رحمہ مذبول ہو جاتا ہے (دیکھو شکل ۲۱) اور رحمی عضلہ کی جگہ لمبی بافت ایک بڑی حد تک لے لیتی ہے (دیکھو صفحہ ۱۰۷ ج)۔ گاہے گاہے حیض کے بند ہو جانے کے کئی ایک سال بعد تک بھی دروں رحمہ کے صفات باقی رہتے ہیں جو تقریباً لمبی ہوتے ہیں۔ مزید برآں بیضین سکڑ جاتے ہیں۔ اور ان کے سب گرائی حراب مکمل طور پر غائب ہو جاتے ہیں۔ لہذا نازہ لیو یعنی بافت کی پیدائش بند ہو جاتی ہے اور بیض کے تمام ممیز نشیجیاتی عناصر انجام کار مکمل طور پر غائب ہو جاتے ہیں۔ جرابوں کے بتدریج

غائب ہونے کا پتہ حیض کے بند ہونے سے بہت پہلے چلایا جاسکتا ہے۔ جو انصافی بافت حوضی باریلون کے نتیجے ہوتی ہے۔ وہ ایک بڑی حد تک غائب ہو جاتی ہے، اور مختلف رباطات طول میں چھوٹے اور بے لچک ہو جاتے ہیں۔ مہبل کے بالائی کشادہ حصہ کی وسعت سکڑنے کی وجہ سے بہت کم ہو جاتی ہے۔ اور بعض اوقات مہبل دیوار میں گھنی لیغی بافت کے بے قاعدہ یا ہم مرکز بند پیدا ہو جاتے ہیں جن سے فتال میں یا تو ایک بھجوا پیدا ہو جاتا ہے، یا محراب مہبل میں جیبیں تیار ہو جاتی ہیں اس طرح بعض اوقات ایک حلقہ ناقصیتق (annular stricture) بن جاتا ہے جس کی وجہ سے عنق الرحم کا امتحان براستہ مہبل نہیں کیا جاسکتا۔ اس لیغی حلقہ میں جو تنگ اور گول فتحہ ہوتا ہے وہ غلطی کے بعض اوقات فم خارجی سمجھ لیا جاتا ہے، اور اس طرح تشخیص میں غلطی پیدا ہو جاتی ہے۔

انقطاع الطمث کے زمانہ کے بعد عورتوں کے افراز مہبل میں جراثیم کش خواص موجود نہیں ہوتے۔ اور چونکہ دہنیہ مہبل نامکمل طور پر بند ہوتا ہے اس لئے اس میں جسام غریبہ آسانی داخل ہو جاتے ہیں جو ان سے کم عمر کی عورتوں میں اس آسانی سے داخل نہیں ہو سکتے۔ لہذا اغشیہ مخاطی میں سرائت واقع ہونے کا زیادہ احتمال ہوتا ہے، اور یہ تبدیلی اس حالت کے پیدا ہونے کا سب سے بڑا سبب ہے جو پیرانہ التهاب مہبل (senile vaginitis) کے نام سے بیان کی گئی ہے (دیکھو صفحہ 390)۔ یہی تبدیلیاں بعض اوقات رحم کے اندر تک بھی پہنچ جاتی ہیں جس سے پیرانہ دروں رحمی التهاب (senile endometritis) پیدا ہوتا ہے (دیکھو صفحہ 417)۔ پستانی غد بھی ساتھ ہی مذبول ہو جاتے ہیں اور ان کا ششی غلاف ایک بڑی حد تک غائب ہو جاتا ہے۔

علاج۔ جو عورتیں زندگی کے اس انقلاب میں سے گذر رہی ہوں ان کی عمومی صحت کا خیال رکھنا بڑا ضروری ہے۔ متعلقہ علامات کے علاج کی کوئی ضرورت نہیں ہوتی تاوقتیکہ وہ غیر معمولی طور پر شدید اور دیر پا نہ ہوں۔ مسکّنات (sedatives)، الکحل، اور دافع درد دہنیز کے استعمال سے بالخصوص عصبانی مزاج کی عورتوں کو پرہیز کرنا چاہئے، کیونکہ اس صورت حالات میں جو انقطاع الطمث میں پائی جاتی ہے دو اخوری کی عادت (دواخوری) پیدا ہو جاتی ہے۔ ہر کیف برومائیڈ کی قلیل خوراکوں کو ولیرین (valerian) یا کسی نباتی مقوی مثلاً سکونا کے ساتھ ملا کر دینے سے اکثر فائدہ ہو جاتا ہے۔

سن یاس پر مہینی ہارمون کے استعمال سے عورتوں کا علاج کرنے کے متعلق تجرباتی

ہمیشہ ایک سے نہیں نکلتے۔ مقدم بخامی اور درقی خلاصہ جات پر بھی ہی صادق آتا ہے۔ ہلے مشاہدہ میں کئی ایک ایسی مثالیں آتی ہیں جن میں تو زوات کو رفع کرنے کے لئے شبعی ہارمون (œstrus hormone) کی کوئی تجارتی تجہیز دی گئی تھی، مگر تجہیز ہاری توقع کے بالکل برخلاف نکلا۔

اس سے نہ صرف "احساسات حرارت" (heats) ہی زیادہ شدید ہو گئے بلکہ رُخا (epistaxis) بھی پیدا ہو گیا۔ رُخاف کے وقع ہونے سے آرام ہو گیا۔ حقیقت میں اغلب یہ معلوم ہوتا ہے کہ انقطاع الطمث کے علاج میں جن ادویہ کے شافی ثابت ہو گا اس قدر جوئی کیا جاتا ہے ان میں سے بہت سے ادویہ کی صلاحیت شبعی رُجی نزف کے واقع ہونے میں مضمر ہے جو ان سے کبھی کبھی پیدا ہو جاتا ہے۔ ان میں جو ایسٹرین (œstrin) ہوتی ہے اس سے بعض اوقات رُجی امتیلا اور نزف پیدا ہو جاتا ہے، اور ایسا ہونے کی صورت میں عرق حرکی علامات عارضی طور پر رفع ہو جاتا ہے۔ بخلاف اس کے ایسا بھی ہو سکتا ہے کہ انقطاع الطمث پر ایسٹرین (œstrin) کا اثر ایڈرینالین (adrenalin) کی طرح ہو۔ ایسی حالت میں تو زوات زیادہ شدید ہو جاتے ہیں، اور یاد دوسری مغاطی سطحوں سے بدیل نزفات (vicarious hæmorrhages) پیدا ہو جاتے ہیں۔ حال ہی میں ہم (بی۔ ڈبلیو) نے انقطاع الطمث کی شکایات کو رفع کرنے کے لئے علاج بالادویہ کے بالکل خلاف ایک اور طریقہ اختیار کیا ہے۔ یہ ازمنہ وسطی کا قصد کردہ ہے۔ کا طریقہ ہے۔ یہ ایسے مریضوں میں اختیار کیا جاتا ہے جن میں شدید تو زوات، اور خاص کر دوسرے کے لئے موثر علاج کی ضرورت ہو۔ ورید باسلیق (basilic vein) میں سے "ریکارڈ" پمپکاری کے ذریعہ سے خون کی تھوڑی سی مقدار مثلاً ۱ تا ۱۵ اکعب سمر ہر روز کھینچ لی جاتی ہے تا وقتیکہ علامات رفع نہ ہو جائیں۔ اس سے بعض عورتوں کو معتد بہ فائدہ پہنچتا ہے۔

اگر انقطاع الطمث کے موقع پر اور یا اس کے بعد نزف برقرار رہے یا مواد کا اخراج جاری رہے تو اس سے تمام حالتوں میں مرض خمیشہ کے وجود کا امکان ظاہر ہوتا ہے۔ اور اس کے واقع ہونے کا زیادہ تر احتمال رحم کی خنق یا اس کے جسم میں ہے۔ ایسی تمام حالتوں میں بغیر کسی تاخیر کے اور بہت احتیاط سے مکمل اندرونی امتحان کرنا چاہئے، کیونکہ جراحی مداخلت کی کامیابی کا امکان ابتدائی علاج ہی میں ہوتا ہے۔ مریضہ پر اس قسم کے امتحان کے لئے رضامند ہونے کی ضرورت کا اظہار بخوبی کر دینا چاہئے، اور اس پر زور بھی دینا چاہئے، کیونکہ ممکن ہے کہ وہ پہلے اس کی اجازت دینے میں رضامندی ظاہر نہ کرے۔ مریضوں کی ایک بڑی اکثریت میں بے قاعدہ

اور طویل المدت نرف کا جو انقطاع الطمث پر واقع ہوتا ہے کوئی نہ کوئی مقامی سبب بھی پایا جاتا ہے لیکن بعض اوقات جیسا کہ پہلے بھی بیان کیا جا چکا ہے ایسا نہیں بھی ہوتا۔ سرطان رحم کی تشخیص کے سلسلہ میں اس موضوع پر بحث کی جائے گی (صفحہ 778)۔

پہلے یہ بیان کیا جا چکا ہے کہ اگر کوئی مرکز عفوئت (خواہ رحم میں یا کسی دوسری جگہ پر) بھی ساتھ ہی موجود ہو تو اس کا تذکر ضروری ہوتا ہے کیونکہ سہی حاصلات کے اثر سے ذہنی یا عصبی ہیجان کے زیادہ شدید ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔

دروں افزائی غدو

جو تعلقات دروں افزائی اجسام کو بیضین اور تمام تناسلی نظام سے ہیں انکی تحقیقات چار مختلف سمتوں میں کی گئی ہے۔ چنانچہ یہ ثابت کیا جا چکا ہے کہ دورانِ حمل میں بعض دروں افزائی اجسام میں چند خاص تغیرات واقع ہو جاتے ہیں۔ نیز بیضین کا استیصال دیگر دروں افزائی اجسام میں تغیرات پیدا کرتا ہے، اور برعکس اس کے چند دروں افزائی اجسام کے جزوی یا مکمل استیصال سے تناسلی نظام میں واضح تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں۔ مزید برآں یہ امر بھی بانیہ ثبوت کو پہنچ چکا ہے کہ تناسلی نظام کے امراض یا تغیرات کے ساتھ ہی دروں افزائی اعضا میں بھی مرضی کیفیتیں موجود ہوتی ہیں۔ انجام کار یہ بھی معلوم ہو چکا ہے کہ بیضین کو علیحدہ کر دینے سے جو اثرات پیدا ہوتے ہیں ان میں بیض کے علاوہ بعض دیگر دروں افزائی اجسام کے خلاصہ جات کا استعمال کرانے سے تبدیلی پیدا کی جاسکتی ہے۔ جہاں تک نخامیہ، درقیہ اور سرگردوں کا تعلق ہے ان کے متعلق کافی اطمینان بخش ثبوت ہم پہنچ چکا ہے، مگر تیموسیہ، اور صنوبریہ کے متعلق اس سلسلہ میں فی الحال ہیں کوئی معلومات حاصل نہیں ہوئیں۔ جب سے آئیں بائیم زندک (Aschheim-Zondek) کا کاشفہ رائج ہوا ہے اور پیشاب میں نخامی یا ”نخامی منا“ ہارمونوں کا مظاہرہ مختلف صورت حالات کے تحت کیا جا چکا ہے، ہارمونی نظام کے مختلف عناصر کے باہمی تعلق کا مطالعہ زیادہ تفصیل سے کرنا ممکن ہو گیا ہے۔

غده نخامیہ (Pituitary Gland) - خرگوشوں میں دورانِ حمل میں نیسجیاتی

تغیرات پائے جا چکے ہیں جو افزوہ خلوی فعالیت پر دلالت کرتے ہیں۔ دوسری بیض برآری

(double oöphorectomy) کے بعد زیر بالہ (hypophysis) میں شیش پرورش نمودار ہو جاتی ہے، اور خلیات میں خورد بینی تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں جن کو بلیریل (Blair Bell) نے افزائش فعل کی دلیل تصور کیا ہے۔ اس کے اس خیال کی تصدیق اس امر سے ہوتی ہے کہ زندک اور ایش ہائیم نے پیشاب میں پروٹین و (Prolan A) کی زیادتی مقدار کا مظاہرہ کیا ہے۔ حیوانات میں سٹامپہ کا جزوی استیصال کو دینے سے رحم میں ذبول واقع ہو جاتا ہے، اور بیضین کے جراثیمات غائب ہو جاتے ہیں۔ اس مظہر کی توجیہ اب آسانی کی جا سکتی ہے کیونکہ ان اعضا کا بھی تعلق بخوبی ثابت کیا جا چکا ہے۔ جو کم عمر حیوانات اس عمل کے بعد زندہ رہتے ہیں ان میں ایک عارضہ نمودار ہو جاتا ہے جو ”تسلی سورتغذیہ“ (dystrophia adiposo-genitalis) کے نام سے موسوم ہے، اور جس کے مہمیز خواص افسردگی نموتناسلی اعضا کا ذبول، اور عمومی فرہی ہیں۔ انواع انسان میں بھی اسی قسم کی ایک حالت پیدا ہو جاتی اور مطالعہ کنندہ کو اس عارضہ اور اسکے متعاش عوارض کا جو غامی سوء فعل کے ساتھ پائے جاتے ہیں مزید حال معلوم کرنے کے لیے عمومی طب کی کتابوں کے مطالعہ کا مشورہ دیا جاتا ہے۔

غده شخامیہ کے قسمی قطعہ کا خلاصہ حامل رحم کے عضلہ پر ایک قوی فعل کرتا ہے۔ یہ فعل غیر منقطع عضلہ کی تمام قسموں پر اثر انداز ہوتا ہے جیسا کہ امعا کی حرکت دودیدہ کے بڑھ جانے اور چھوٹے چھوٹے عروق خون کے قطر یہ کے کم ہو جانے سے ظاہر ہوتا ہے۔

درقیہ (Thyroid)۔ یہ سریریاتی امرکئی ایک سال سے بخوبی معلوم ہے کہ درقیہ میں دوران حل میں اکثر اوقات ایک معتد بہ کلانی پائی جاتی ہے، اور اس سے کم تر کلانی حیضی دو کی قبل از حیض (کا ذب حل کی) حالت میں بھی اس میں موجود ہوتی ہے۔ خرگوشوں میں یہ ثابت کیا جا چکا ہے کہ حالت قبل از حیض اور دوران حل میں کولائڈ (colloid) میں زیادتی ہو جاتی ہے، اور بیض برآری (oöphorectomy) کے بعد اس میں بے حد اضافہ ہو جاتا ہے، مزید برآں گھینگا (goitre) ایک ایسا مرض ہے جس سے مروں کی نسبت عورتیں زیادہ متاثر ہوتی ہیں، اور ایسے متعدد واقعات کا اندراج کیا جا چکا ہے جن میں گریوز کا مرض (Graves' disease) بیضین کے استیصال کے بعد بہت جلد ظاہر ہو گیا تھا۔ بخلاف اس کے جب خرگوشوں میں درقیہ کو دور کر دیا جاتا ہے تو ان کے رحم میں ویسا ہی ذبول پیدا ہو جاتا ہے جیسا کہ بیض برآری سے پیدا ہوتا ہے۔ بلیریل (Blair Bell) نے یہ دریافت کیا کہ

بلیوں میں درقیہ برآری (thyroidectomy) سے نخامی جسم کے تمام حصوں کی افزائی فعالیت بڑھ جاتی ہے، اور ”لون ترس“ (chromophobe) خلیات کی تعداد میں ایک نمایاں اضافہ ہو جاتا ہے۔ بخلاف اس کے مقدم نخامیہ کے استیصال سے درقیہ مذبول ہو جاتا ہے، اور کریمو (Crew) اور ویسنر (Wiesner) اس اثر کو درقیہ رُخ جز (thyreotropic factor) (تھیٹروپک جز: Θ factor) کے غائب ہو جانے سے منسوب کرتے ہیں۔ لہذا یہ اغلب ہے کہ درقیہ کی وہ فعالیت جو بیضین برآری سے پیدا ہوتی ہے وہ نخامیہ کے مقدم لختہ کی وساطت سے عمل میں آتی ہو جو ان صورت حالات میں پیش پروردہ ہوتا ہے۔ جیفکوٹ (Jeffcoate) نے حال ہی میں یہ معلوم کیا ہے کہ نواپسے مریضوں میں سے، جن میں پیش فعال درقیہ کا زیادہ تر حصہ دور کر دیا گیا تھا، پانچ کے پیشاب میں ایک ہارمون پایا گیا تھا جس کے ممبر خواص پرولین (Prolan A) کی طرح کے تھے، اور اس نے یہ خیال پیش کیا ہے کہ اگر تمام غدہ کا استیصال کر دیا جاتا تو شاید تمام مریضوں میں ہارمون کا اخراج واقع ہوتا۔ سریری طور پر اس امر کا مشاہدہ کیا جا چکا ہے کہ فرہی کے مریضوں کا علاج جس کے ساتھ بے طمثیت (amenorrhoea) کی شکایت بھی موجود ہو (زیر نخامیت: hypo-pituitarism) اکثر اوقات خلاصہ درقیہ یا ”تھیٹیرکسین“ (thyroxin) کے استعمال سے کامیابی سے کیا جا سکتا ہے۔

برگردے (Adrenals)۔ حاملہ حیوانات کے برگردوں میں چند بیجیاتی تغیر ساخت کے جا سکتے ہیں۔ ایک برگردہ کے استیصال سے بیضین متاثر نہیں ہوتے، بلکہ یہ کہا جاتا ہے کہ اس سے رحم میں کسی قدر ذبول واقع ہو جاتا ہے۔ برگردوں کی مرضی کیفیتیں گاہے گاہے بچوں میں مشاہدہ کی جا چکی ہیں، اور یہ بالعموم نواسختوں (neoplasms) (فوق کلوی سلعہ: hypernephroma) کی شکل میں ظاہر ہوتی ہیں، اور ان نادر انواع مثالوں میں اعضائے تناسل کی غیر طبعی حالتیں بھی پائی جاتی ہیں۔ غیر طبعی برگردہ کی فعالیت کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مردوں میں متبادر صنفی نمو شروع ہو جاتا ہے، اور عورتوں میں مردانہ مشابہت پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ خیال پیش کیا جا چکا ہے کہ ہر عورت میں مرد کے خواص ایک کم و بیش متدک ایک مخفی حالت میں موجود ہوتے ہیں، اور بعض صورت حالات کے تحت انقلاب صنف واقع ہو سکتا ہے۔ کریمو (Crew) نے اس قسم کے انقلاب کی

ایک مینڈک کی مثال بیان کی ہے جس میں ایک مکمل الصنف مادہ مینڈک ایک مکمل الصنف نر مینڈک میں تبدیل ہو گئی تھی۔ اس نر مینڈک نے مادہ مینڈکوں کے ساتھ مجامعت کی اور ۴۴ بچے پیدا کئے! (مارشل: Marshall)۔ جو اسباب منفی ہارمون میں بھی اختلال پیدا کر سکتے ہیں، ان کے متعلق یقینی طور پر کچھ معلوم نہیں، لیکن اغلب یہ معلوم ہوتا ہے کہ اس سلسلہ میں برگردی خدو ایک نمایاں حیثیت رکھتے ہیں۔

حصہ اول - باب سوم

امتحان کے طریقہ

استفہامی امتحان

نسائیاتی مریضوں کی سریری تحقیقات کے لئے دو طریقے استعمال کئے جاسکتے ہیں، یعنی موضوعی یا استفہامی طریقہ اور معروضی یا بلا واسطہ امتحان کا طریقہ۔ قاعدہ دونوں طریقوں کا استعمال کیا جاسکتا ہے، اور کرنا بھی چاہئے، اور ایسا صرف نہایت شاذ مثالوں ہی میں ہوتا ہے کہ ایک ہی ماخذ سے حاصل شدہ معلومات پر رائے قائم کرنا ضروری ہوتا ہے چنانچہ نوعمر لڑکیوں اور ناکتہ عورتوں میں حوضی اعضا کی مفصل تحقیقات عمومی معدم حس کے استعمال کے بغیر مناسب نہیں۔ اور ایسی صورت حالات میں سریری روئداد کا احتیاط معلوم کرنا نہایت عظیم الاہمیت ہوتا ہے۔ اس قسم کی روئداد کا حاصل کرنا آسان کام نہیں، کیونکہ نسائیاتی عوارض کے مریض اکثر اس قسم کی وقفیں پیدا کر دیتے ہیں جو معمولی طبی یا جراحی مریضوں میں پیش نہیں آتیں۔ طب کی کسی شاخ میں اس قدر فہم و فراست اور احتیاط کی ضرورت نہیں پڑتی جتنی کہ نسائیاتی مسائل کی تحقیقات کے لئے ضروری ہوتی ہے۔ یہ ضروریاد رکھنا چاہئے کہ لازمی تفصیل کا مہیا کرنا اکثر عورتوں کو ایک قسم کی مصیبت معلوم ہوتا ہے جو محض اپنی گھبراہٹ کی وجہ سے طبیب کے امتحان میں نادانستہ وقفیں پیدا کر دیتی ہیں۔ لہذا تعلیمی ادارات کی تحقیقات کے لئے کوئی کوشش کرنے سے قبل مریض کا

اعتماد حاصل کرنے، اور اس کی شکایات کی داستان سننے میں جو وقت صرف ہوتا ہے وہ ضائع نہیں ہوتا، بلکہ جائز طور پر استعمال ہوتا ہے۔

یہ سچ ہے کہ علم امراض النساء میں تشخیص کے صحیح ترین طریقوں سے جن کا انحصار معروضی امتحان پر ہے استفادہ کرنے کی سہولت حاصل ہے، لیکن اس سے مریضہ کی سابقہ روئداد معلوم کرنے کی اہمیت کم نہیں ہوتی۔ مریضوں کے بیشتر عصبی اضطراب کو جس سے معروضی امتحان مشکل ہو جاتا ہے، یا اس کے نتائج مشتبہ رہتے ہیں، طبیب اپنے طرز عمل سے متعلق مزاجی، خود اعتمادی اور بہردی کا اظہار کرنے سے رفع کر سکتا ہے۔ ساتھ ہی اس امر کے متعلق بھی بہت احتیاط رکھنا چاہئے کہ مریضہ کی سریری تفصیل کو سننے سے واقعات کا صحیح صحیح خیال بھی قائم ہو جائے۔ مغلوب الجذبات عورتیں اپنے علامات کو بیان کرنے میں اکثر مبالغہ آمیزی سے کام لیتی ہیں، اور ایسے مریضوں پر طبیب کے تاثرات اور اشارات کا بہت اثر پڑتا ہے۔ ہدایتی سوالات سے فائدہ گریز کرنا چاہئے، کیونکہ یہ ممکن ہے کہ ان کے جواب میں جو کچھ کہا جائے وہ حقیقت پر مبنی نہ ہو۔ مزید برآں یہ بھی بالعموم ضروری ہوتا ہے کہ مختلف ماؤف اعضا کے افعال کے متعلق بھی چند سوالات کئے جائیں، کیونکہ بہت سی عورتیں شرم یا گھبراہٹ کی وجہ سے اپنی شکایات کی اہم تفصیل حذف کر دیتی ہیں، یا ان کو بیان کرنا بھول جاتی ہیں۔

جو مریض نسائاتی عوارض کے لئے مشورہ طلب کرتے ہیں، وہ عام طور پر دو قسم کے ہوتے ہیں۔ پہلی قسم کے مریضوں کے متعلق ایسا معلوم ہوتا ہے کہ ان کو علامات کے بیان کو طول دینے، اور ذرا ذرا سی باتوں کو بڑھا چڑھا کر بیان کرنے، اور طبیب کے صبر کی نہایت سخت آزمائش کرنے میں خاص لطف آتا ہے۔ دوسری قسم کے مریضوں میں عصبی اضطراب پایا جاتا ہے، اور وہ آزرده اور مغلوب الجذبات ہوتے ہیں، اور ان سے صحیح سریری روئداد کا حاصل کرنا بہت مشکل ہوتا ہے۔ فریب دہی کے امکان کو بھی نظر انداز نہ کرنا چاہئے۔ بعض حالتوں میں اس کا مقصد سوائے طبیب کی بہردی حاصل کرنے اور اس کی توجہ منعطف کرنے کی خواہش کے علاوہ اور کچھ نہیں ہوتا، جبکہ بعض عورتوں میں انفطاع الطمث کے زمانہ میں غیر متوازن ذہنی کیفیوں کی حالت میں دیکھنے میں آتا ہے۔ بعض عورتیں کسی مالی یا کسی دوسری قسم کے فائدہ کی غرض سے قصداً دھوکا دیتی ہیں۔ چونکہ زمانہ حال میں بہت سی عورتیں صنعتی

اور حرفتی اداروں میں ملازم ہوتی ہیں اس لئے اس امکان کو نظر انداز نہ کرنا چاہئے۔
 مریضہ کی سابقہ روئداد۔ اس کے متعلق چند امور ایسے ہیں جو نسائی امراض میں خاص اہمیت رکھتے ہیں۔ اگر مریضہ کی کوئی قبالتی روئداد ہو تو سب سے پہلے اسے معلوم کرنا چاہئے۔ حملوں کی تعداد، ان کی تاریخیں، وضع حمل کی تکالیف اور ان کی نوعیت، اور مابعد زمانہ نقاہت کی مدت اور اس کی کیفیت ان خاص امور میں سے ہیں جن کا خیال رکھنا ضروری ہے۔ آخر الذکر امر کی علی اہمیت بہت زیادہ ہے، کیونکہ مزمن حوضی التهاب کے اکثر مریضوں میں مرض کی ابتدا وضع حمل یا اطلاس (miscarriage) کی مابعد سرائت سے ہوتی ہے۔ اور یہ عام طور پر تسلیم کیا جاسکتا ہے کہ طویل زمانہ نفاس جس میں پیچیدہ گیاں پیدا ہوئی ہوں عفوتی سرائت کے سبب ہو جانے پر دلالت کرتا ہے۔ اسقاط کا مسلسل وقوع قبالتی روئداد کا ایک اہم جزو ہے، کیونکہ حوض کی مقامی مرضی کیفیتی ایسے مریضوں میں قلیل الوقوع نہیں ہوتیں۔ مزید برآں یہ بات ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ اطلاس کے بعد بھی عفوتی سرائت تقریباً اتنی ہی کثرت سے واقع ہوتی ہے جتنی کہ وضع حمل کے بعد۔
 بعد از ان فعل حیض کی طرف توجہ کرنا چاہئے۔ ابتدائے حیض کی عمر، مریضہ کا طبی دور حیض اور اس کا درجہ باقاعدگی، حیض کی مدت اور مقدار، اور اس کے متعلقہ علامات معلوم کرنا چاہئے۔

مریضہ کی اپنی یا اس کے موجودہ یا کسی سابقہ خاوند کی سرائت سوزاک کی روئداد اسباب عقم سے ایک اہم تعلق رکھتی ہے۔ سوزاک کے عواقب مرد اور عورت دونوں کو عقیم کر سکتے ہیں، قبل الذکر مزمن التهاب بربخ (chronic epididymitis) سے عقیم ہوتا ہے، اور موثر الذکر فلوی نیڈیوں کے بند ہو جانے سے۔ مزید برآں عورتوں میں ہر دو حاد اور مزمن التهابات حوض کا عام سبب سوزاک ہوتا ہے، اور بعض اوقات اس سے اطلاس یا وضع حمل کے بعد نفاسی عفونت پیدا ہو جاتی ہے۔ التهاب زائدہ (appendicitis) کے حادثوں سے بھی کبھی کبھی حوضی التهاب شروع ہو جاتا ہے، اور یہ مرض اصلی مرض کا بذریعہ علیہ علاج کرنے کے بعد بھی بعض اوقات قائم رہتا ہے۔ مزید برآں مریضہ کی معاشرتی زندگی، اور اس کے مختلف اشغال اور اس کے کام کے متعلق بھی معلومات حاصل کر لینا چاہئے، کیونکہ بعض اوقات ان اسباب کا اس کے مرض سے کوئی نہ کوئی اہم تعلق ہوتا ہے۔

موجودہ مرض کی روئداد۔ ابتدائے مرض کی حتی الامکان ایک واضح روئداد حاصل کرنا چاہئے۔ ایسے مزمین مریضوں میں جن میں مرض بہت طویل المدت ہو کچھ تو ان کی یادداشت میں فرق آجائے، اور کچھ ان کے مشاہدہ کے ناقص ہونے کی وجہ سے یہ کام شاذ و نادر ہی ممکن ہل ہوتا ہے۔ تازہ یا حاد حالتوں میں ابتدائی علامات کا تعلق سابقہ دور حیض یا سابقہ حمل کے ساتھ بلحاظ تواریخ معلوم کر لینا چاہئے۔ بہت سے امراض میں پہلے ہل ایسے علامات نمودار ہوتے ہیں جن کی تشخیصی اہمیت معتد بہ ہوتی ہے، مگر ان کے قلیل المدت ہونے کی وجہ سے مریضہ اکثر ان کا ذکر نہیں کرتی تا وقتیکہ ان کے متعلق خاص طور پر سوالات نہ کئے جائیں۔ اس قسم کی مثال وہ درد سامطہ جس کا احساس سوزاک میں عارضی حاد التهاب مبال (acute urethritis) کے ساتھ موجود ہوتا ہے۔ جن مریضوں میں شدید درد کے حملے بار بار ہوتے ہیں ان سے یہ خاص طور پر دریافت کرنا چاہئے کہ آیا ایام حیض کے ساتھ، یا حیض کی بے قاعدگیوں، مثلاً اس کی تاخیر یا نزف کی مقدار کی زیادتی کے ساتھ اس کا کوئی تعلق ہے۔ ان امور کی اہمیت حوضی التهاب اور خارج الرحم حل میں ظاہر ہوگی۔

125

یہ معلوم ہو جانا چاہئے کہ امراض النساء کی بحث علامات زیادہ طویل نہیں۔ اس میں تین اہم علامات ہیں، یعنی درد، نزف اور مواد۔ ان میں سے یا تو صرف ایک ہی علامت پائی جاتی ہے، اور یا مختلف صورت حالات میں ان کے مختلف مدارج بطور علاماتی مخلوط کے پائے جاتے ہیں۔ ان اساسی علامات کے اسباب، اور ان کی امتیازی خصوصیات کا ذکر کسی آئندہ باب میں کیا جائیگا (صفحات 745 تا 755)۔ ان کے وقوع، ان کی شدت، ان کے تکرار، اور ان کے خصوصی صفات میں بہت کچھ اختلاف ہوتا ہے جس کی تفصیل ہر مریضہ میں معلوم کرنا چاہئے۔

درد شائد عام ترین علامت ہے، اور اسی کی وجہ سے مریضہ اول اول معالج کے مشاہدہ میں آتی ہے۔ بالعموم درد کی شکل میں یا تیز معدی اور یا حرقنی خٹوں میں محول ہوتا ہے، اور یا زیرین قطنی یا عجزی رقبہ جات میں۔ بایں حرقنی حفرہ کا درد اکثر ”میعنی درد“ کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے، گو یہ نام رکھنے کے بہت کم وجود موجود ہیں۔

درد حوض کے متعلق تحقیقات کرتے وقت اس کے صحیح محل وقوع، اس کے خاصہ، اور اس کی مدت کو معلوم کرنا چاہئے۔ درد سے مریضہ جس قسم کی تکلیف محسوس کرتی ہے

اس سے اس کے سبب کے محل کی تعیین کرنے میں معتد بہ مدد ملتی ہے۔ چنانچہ وجہ اور مستمر درد اکثر حوض کے انتہائی ضررات میں پایا جاتا ہے، اور "ترقی درد" (bearing-down pain) رحم اور فرش حوض کی غیر وضعیتوں میں موجود ہوتا ہے، اور مقامی توجہ مناد درد (colicky pain) رحم کے مقامی ضررات کو متلائم ہوتا ہے۔ دوران حیض میں سابق الوجود درد بالعموم شدید ہو جاتا ہے، اور اس قسم کی علامت کو اس درد سے باحتیاط تمیز کرنا چاہئے جو خود دوران حیض میں پایا جاتا ہے۔ اس کا ذکر علیحدہ باب میں کیا گیا ہے (صفحات 176 و 196)۔ اسناد درد کی شدت کا اندازہ کرنے کیلئے معتد بہ احتیاط کی ضرورت ہوتی ہے، کیونکہ نمائندہ درد (pain index) کا شدت مختلف افراد میں مختلف ہوتا ہے۔ یہ معلوم کرنے سے اسکے متعلق کچھ نہ کچھ اشارہ ملتا ہے کہ آیا آرام کرنے سے اس میں واقعی کچھ کمی واقع ہو جاتی ہے، یا سہر (insomnia) کا سبب یہی ہے۔ ہر کیف درد پر بحیثیت علامت ان جملہ امور میں سے جن سے تشخیص کرنے میں مدد ملتی ہے سب سے کم اعتماد کرنا چاہئے۔ ایسی بہت سی عورتیں ہیں جو حوض میں معتد بہ مقامی تکلیف محسوس کرنے کی شکایت کرتی ہیں، مگر ان میں کوئی عضوی سبب تلاش نہیں کیا جاسکتا۔ ان میں حوضی احتشاء میں ایک عمومی بیش حسیت پائی جاتی ہے، اور اگر احتیاط سے کام نہ لیا جائے تو بعض اوقات مختلف جراحی طریقہ ہائے عمل اختیار کر لئے جاتے ہیں جن کی سر انجام دی کسی صورت میں جائز نہیں ہوتی، اور جن سے مریضہ کو کسی قسم کا فائدہ پہنچنے کی کوئی توقع نہیں ہوتی۔

نزف۔ درد کے بعد اہمیت کے لحاظ سے فعل حیض کے اختلالات میں جو یا تو اس کے توازن (rhythm) کے اختلالات کی شکل میں پائے جاتے ہیں، مثلاً افزائش توازن (نعد و طمث: epimenorrhoea)، یا مقدار کے تغیر یعنی کمی بیشی کی شکل میں۔ نزف کافی کثیر الوقوع ہے، اور جب مریضہ اس علامت کی شکایت لیکر آئے تو اس کا صحیح محل معلوم کرنا لازم ہوتا ہے۔ اگر مناسب احتیاط نہ کیجائے تو مہال یا مٹھانہ یا معائے مستقیم سے واقع شدہ نزف کو ٹائلسلی خطہ سے واقع شدہ نزف کے ساتھ خلط کیا جاسکتا ہے۔ جب طبیب کو اس امر کا یقین ہو جائے کہ اس علامت کا مبداء رحم ہے تو اس کو یہ معلوم کرنا چاہئے کہ وٹورین یا حمل یا استقاط یا وضع حمل کے ساتھ اس کو کیا تغلیظ ہے، اور اسے یہ بھی دریافت کر لینا چاہئے کہ اس کا اثر عام صحت پر کیا ہوا ہے، اور خاص کر ثانوی عدم و مویٹ کی پیدائش میں

اس کا کس قدر حصہ ہے۔ مزید برآں یہ بھی دیکھنا چاہیے کہ نفلکے موجود ہیں یا نہیں، اور زنی مواد کارنگ کیا ہے؟ آیا یہ شوخ سرخ ہے یا تاریک اور خون حیض کی قسم کا۔ چند سال سے بعض نسائیں سریریات کا ہوں ہیں رحم سے پیدا شدہ نطفہ کو مندرجہ ذیل عنوانات میں تقسیم کرنے کا رواج ہو گیا ہے :- (۱) کثرت طمث (Menorrhagia) اس اصطلاح کا استعمال مفروضہ نطفہ حیض تک محدود ہے، اور یہ ضائع شدہ خون کی حقیقی مقدار سے تعلق رکھتی ہے۔ اس قسم کے جریان خون کا ذکر مریض "افراط حیض" (flooding) کے نام سے کرتے ہیں۔ (۲) امتداد طمث (Menostaxis) اس سے خون حیض کا منقطع نقصان ظاہر کیا جاتا ہے، اور اس کا تعلق جریان خون کی مدت سے ہے، مثلاً کسی ایسی مریضہ میں ماہواری ایام کا چودہ یا چودہ سے زیادہ دن تک جاری رہنا جس میں ایام حیض کی طبعی مدت چار یا پانچ دن ہو۔ (۳) تغیر طمث (epimenorrhoea) کا استعمال حیض کی کثرت وقوع کے لئے کیا جاتا ہے۔ یہ اصطلاح حیض کے دور یا اس کے توازن کے امراضیاتی تغیر کو ظاہر کرتی ہے۔ (۴) رگی سیلان الدم (Metrostaxis) کی اصطلاح استحضاضہ (metrorrhagia) کی اصطلاح کی مترادف ہے، اور اس کا اطلاق اس نطفہ رحم پر ہوتا ہے جو حیض کے علاوہ ہو، اور اس سے کوئی تعلق نہ رکھتا ہو۔ ایسے تمام نزفات جو سن بلوغ سے پیشتر اور انقطاع الطمث کے بعد واقع ہوتے ہیں اس گروہ میں شامل ہیں۔ امراضیاتی نطفہ رحم کی مذکورہ بالا تقسیم رحم کے غیر طبعی نطفہ کی قدیم تقسیم سے جو صرف "کثرت طمث" (menorrhagia) اور استحضاضہ (metrorrhagia) میں کی گئی تھی سر پر ہی نقطہ نظر سے، اور تشخیص میں سہولت پیدا کرنے کی غرض سے عملی طور پر زیادہ مفید ہے۔ مواد۔ اگر خون کے علاوہ اور کسی مواد کا اخراج نمایاں علامت ہو تو اس کی مدت اور ابتداء کے متعلق تحقیقات کر لینا چاہئے۔ اور یہ خاص طور پر معلوم کرنا چاہیے کہ کیا اسکی ابتدا فوری تو نہیں تھی۔ تناسلی گذرگا ہوں کا طبیعی مواد سفید اور ندفی ہوتا ہے۔ جب یہ معمولی مقدار سے زیادہ افراط میں ہو تو اسکو "سیلان البیض" (leucorrhoea) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے، اور یعنی اسے عام طور پر "سفید رطوبت" (whites) کہتے ہیں۔ مواد کے خواص کا ہمیشہ احتیاط سے مشاہدہ کرنا چاہئے۔ اور اس کی مقدار اور رنگ کو، آیا یہ آبی ہے یا قہجی خاص طور پر دیکھنا چاہئے۔ قہجی مواد بالعموم خراش آور ہوتے ہیں، اور مریض ان کا رنگ زرد یا سمجورا

یا سبز بیان کرتے ہیں۔ بھوری رنگت کے معنی لازمی طور پر یہ نہیں ہوتے کہ اس میں خون کی آمیزش ہے، مگر اس امکان کا خیال دل میں ہمیشہ رکھنا چاہئے۔ یہ بھی ہمیشہ معلوم کر لینا چاہئے کہ آیا مواد بدبودار ہے یا نہیں۔ جب کبھی کوئی مٹخاں نو ساخت موجود ہوتی ہے، یا تناسلی قنال اور بولی یا صغوی خطوں میں ناسوری ربلط پایا جاتا ہے تو مواد بدبودار ہوتا ہے۔ مٹخاں نو ساخت میں مریض خود راست اطلاع دیتے ہیں۔

تبہول کے اختلالات۔ نسائی مریضوں میں ایسے علامات عام طور پر پائے جاتے ہیں جن کا تعلق بولی خطہ کے زیرین حصہ سے ہوتا ہے، کیونکہ تناسلی اعضا کے ساتھ ان کا قریبی تشبیہی تعلق ہے۔ ان میں سے ہر ایک نظام کے ضرات دوسرے نظام کے مرض کے علامات سے اکثر پوشیدہ ہو جاتے ہیں۔ لہذا یہ ضروری ہے کہ ماہر امراض النساء تحقیقات کے اس پہلو کو نظر انداز نہ کرے، بلکہ ماہر بولیات کے طریقہ ہائے امتحان سے بخوبی واقفیت حاصل کر لے (دیکھو صفحہ ۱۴۱)۔ اگر عجلت بولی یا تو اتر بولی یا وقت بولی کے علامات موجود ہوں تو ان کے متعلق خاص جستجو کی ضرورت ہوتی ہے۔

اورام شکم و دیگر اورام۔ جب مریضہ کسی ایسے درم کی طرف توجہ دلائے جو خطہ شکم یا خطہ فرج میں واقع ہوں تو اس کے متعلق یہ معلوم کرنا چاہئے کہ یہ کتنی مدت سے ہے اور درجے کے ساتھ اس کا کیا تعلق ہے، اور آیا ایسے موضوعی علامات بھی موجود ہیں جن کا اسکی موجودگی سے تعلق ہے، جب تک دوسرے اعضا پر درم کا دباؤ پڑنے سے علامات پیدا نہ ہوں مریضہ کو بھی اکثر اس کے متعلق علم نہیں ہوتا، وقتیکہ یہ بڑھ کر مغد بہ جسامت اختیار نہ کرے۔ یہ واقعہ ہے کہ بعض وقت کسی بڑے سلتیہ شکم کی موجودگی کی خبر مریضہ کو اس وقت ہوتی ہے جبکہ مختلف موضوعی علامات کا سبب معلوم کرنے کے لئے اس کا امتحان کیا جاتا ہے۔ یہ امر بھی معلوم کرنا چاہئے کہ آیا درم کی جسامت میں کوئی اختلاف دیکھنے میں آیا ہے یا نہیں، اور اسکی پیدائش کے وقت سے لاعرضی اور نہات (asthenia) کے سے عمومی علامات تو نہیں پائے جاتے۔

ہبل یا فرج کے درم کے متعلق مریضہ کو جلد خبر ہو جاتی ہے، کیونکہ اس سے مقامی تکلیف پیدا ہو جاتی ہے۔ ہبل کے کسی درم کو بھی عام عورتیں غلطی سے رحمی نقطہ (uterine prolapse) کی کوئی شکل تصور کر سکتی ہیں۔ لہذا درم اور امراض حاصل کرتے وقت اس امر کے متعلق احتیاط رکھنا چاہئے کہ مریضہ کے کسی ایسے بیان پر مثلاً ”رحم نیچے اتر رہا ہے“ محض

سننے ہی سے یقین نہ کر لینا چاہئے۔ جب تنک مریضہ کے بیان کی محتاط طبیعی امتحان سے تصدیق نہ کر لی جائے تشخیص میں فاش غلطیاں واقع ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ بہت سے دوسرے علامات بھی اکثر پائے جاتے ہیں، مثلاً درد یا مباشرت میں تکلیف (جماع مؤلم: dyspareunia) اور عقم۔ فعل تبرز کے اختلالات بھی دیکھنے میں آتے ہیں مگر ان کی اہمیت اتنی نہیں ہوتی۔

عمومی صحت پر بعض اوقات بہت خراب اثر ہوتا ہے۔ چنانچہ شدید نرف کے دفعہ شروع ہو جانے سے یا عرصہ دراز تک اس کے جاری رہنے سے شدید عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے، اور خبیث مرض سے لاغری اور ضعف (cachexia) پیدا ہو جاتے ہیں، اور مزمن درد سے بیخوابی اور عدم اشتہا اور عصبی نظام کے طبیعی اختلالات، یا بعض حالتوں میں عصبی نہاکت (neurasthenia) کے شدید اقسام پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ موثر الذکر قسم کے مریضوں کو صلابت منتشر (disseminated sclerosis) کے ابتدائی مدارج سے با احتیاط تمیز کرنا چاہئے جو ایک ایسا مرض ہے جو عورتوں کو خاص طور پر زیادہ تعلق ہوتا ہے، اور جب تک کہ بہت احتیاط سے کام نہ لیا جائے، اور غلطی کے امکان کو مد نظر نہ رکھا جائے اس پر ہسٹیریا کا بھی شبہ ہو جاتا ہے۔ جیسا کہ ہم نے پہلے بھی ذکر کیا ہے مریضوں کی شدت علامات کے بیان کی اہمیت کا اندازہ کرنے کے لئے مستند احتیاط اور غور و فکر سے کام لینا چاہئے۔ جب درد کی شکایت موجود ہو تو اس امر کا خاص طور پر خیال رکھنا چاہئے، کیونکہ اکثر عورتیں نا اذیتہ طور پر اس علامت کے بیان میں مبالغہ سے کام لیتی ہیں۔ بعض عورتوں میں اس کے خواص پیچیدہ اور اختلاط پذیر ہونے میں اور طبیعی اختلالات سے منسوب ہوتے ہیں۔ بہر حال محتاط طبیعی امتحان سے حاصل شدہ نتائج کے مقابلہ میں مریضہ کی شکایات کے بیان کو کم اہمیت دینا چاہئے۔

امتحان شکم

یہ امتحان روزمرہ نسائی امتحان میں ایسے مریضوں میں بھی جن میں علامات سب سے نظام تناسلی خطہ کے زیریں حصہ کی طرف اشارہ کرتے ہوں، پہلا مرحلہ ہونا چاہئے، مریضہ کو چت لیٹانا چاہئے۔

اور پستانوں سے لیکر عائد تک جسم پر کوئی کپڑا نہ ہونا چاہئے۔ معائنہ سے شکم کی کلائی، اس کی تقسیم اور اس کے حدود، موجودہ یا گزشتہ حمل کے نشانات جلد، سابقہ علموں کے ندبات، ناف کی حالت اور تنفس سے جدور کی حرکت پذیری کے درجہ کا پتہ چل جائیگا۔ شکم کی کلائی فریبی، سیال یا سلعہ کی موجودگی، یا مٹانہ کی پری، یا امعاء کے انتفاخی تمدد سے پیدا ہو سکتی ہے۔ فریبہ مریضوں کے امتحان میں بہت احتیاط کی ضرورت ہوتی ہے۔ ایک طرف تو ایک چھوٹا سا سلعہ باسانی نظر انداز ہو سکتا ہے، اور دوسری طرف عمومی کلائی غلطی سے ایک بڑے سلعہ سے منسوب کی جاسکتی ہے۔ عضلات شکم کی عصبی استواری جو سین یا پس پر عورتوں میں قلیل الوقوع نہیں ہوتی اس امتحان میں وقت پیدا کرنے، یا اسکے نتائج کو مشتبہ بنانے کا ایک اور سبب ہے۔ مشتبہ حالتوں میں تشخیص کرنے کے لئے عمومی معدوم حس کے زیر اثر امتحان کرنا ضروری ہوتا ہے۔

بعض مثالوں میں ابتدائے حمل کے امارات کا پستانوں میں تلاش کرنا ضروری ہوتا ہے۔ اگر در پستانوں میں محسوس ہوتا ہو تو یہ لازمی ہے کہ دونوں پستانوں اور بطنی اور فوق تر قوی نطوں کا باقاعدہ جراحی امتحان کیا جائے۔

28

جس امتحان شکم کا نہایت اہم جزو ہے اور اسکی سرانجام دہی کے لئے کسی قدر مہارت کی ضرورت ہے۔ ہاتھ گرم ہونا چاہئیں، اور ان کو استعمال کرتے وقت تمام ہاتھ کو صرف انگلیوں کو نہیں، شکم پر چپا رکھنا چاہئے، اور جدور پر نرمی سے پھیرنا چاہئے۔ عصبی مزاج کی عورتوں میں خاص طور پر بہت نرمی کی ضرورت ہوتی ہے۔ اکثر مریض عصبی اضطراب کا وجہ سے انگلیوں کے ذریعہ چھونے سے بھی عضلات مستقیمہ (recti muscles) کو منقبض کر لیتے ہیں، یا ڈایا فراہم کو حالت القباض میں برقرار رکھتے ہیں، اور صرف عضلات صدر ہی سے سانس لیتے ہیں۔ لہذا مریضہ کا منہ کھلا رہنا چاہئے، اور اسے آرام سے آہستہ آہستہ سانس لینے کے لئے ہدایت کر دینا چاہئے۔

جب شکم کلائی یافتہ نہ ہو اور اس کی دیواریں پتلی ہوں تو عالی ارتقا (symphysis pubis) کے نیچے گہرا دباؤ ڈالنے سے طبعی پیش گویدہ رجم کے جسم کا شناخت کرنا بعض اوقات ممکن ہوتا ہے۔ زیر معدی خطہ میں ایک نرم اور غیر معین الحدود ورم جو قرق کرنے پر رجم ہو، اور جو ہاتھ کو حوضی لگو میں پہنچنے سے روکے، پریا منہ و مٹانہ کو ظاہر کرتا ہے۔ عموماً اور جو حوضی قوتوں متہو ہونے کی حالت میں ہر ایک حرقفی خطہ (iliac region) میں نرم ریاجی اور لام کی شکل

اعتبار کر لیتے ہیں۔ اس حالت کو غلطی سے کوئی امر اضیاتی حالت تصور نہ کر لینا چاہئے۔ امعاء کے چبھنے

جب منقبض ہوں یا ان میں ٹھنوس

برازی مادہ موجود ہو تو وہ بے

بیاروں میں ان کو انگلیوں کے

پچھے پھرایا جاسکتا ہے، اور یہ

ٹھوس اور اسطوانہ نما محسوس ہوتا

ہیں۔ پوپارٹ کے رباط

(Poupart's ligament)

کے وسط سے دو انچ اوپر گہرا

وباؤ ڈالنے سے، خاص طور پر

بائیں جانب پر، الیمیت کا احساس

اس کثرت سے پایا جاتا ہے کہ

سوائے اس حالت کے جبکہ یہ احساس

بہت ہی شدید ہو اسے بہ مشکل

غیر طبعی کہا جاسکتا ہے۔ یہ ہسٹیریا

کے مشہور و معروف میب اسم

(stigmata) میں سے ہے

اور اگرچہ اس کی طرف "بیضی

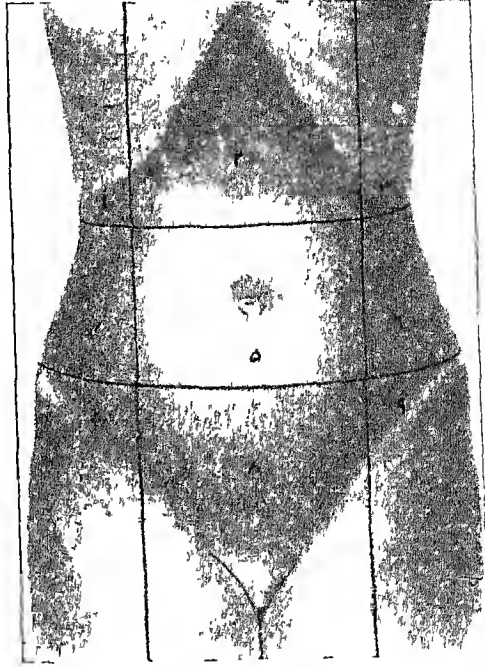
الیمیت" (ovarian

tenderness) کے نام سے

اشارہ کیا جاتا ہے مگر اس کا

تعلق کم از کم بیض کے ساتھ

مشتبہ ہے۔ یہ بھی ضرور یاد رکھنا



شکل ۸۸۔ شکم کے خطے (کننگھم)۔ ۱۔ دایاں زیر غضروفی

خطہ (رائٹ ہائپوکاٹڈیک ریجن)۔ ۲۔ بر معدی خطہ

(ایپی گیسٹرک ریجن)۔ ۳۔ باایاں زیر غضروفی خطہ۔ ۴۔

دایاں قطنی خطہ (رائٹ لمبر ریجن)۔ ۵۔ ستری خطہ

(امبی لائیکل ریجن)۔ ۶۔ باایاں قطنی خطہ۔ ۷۔ دایاں حرقی

خطہ (رائٹ ایلئیک ریجن)۔ ۸۔ زیر معدی خطہ (ہائپو

گیسٹرک ریجن)۔ ۹۔ باایاں حرقی خطہ۔

چاہئے کہ دائیں طرف التهاب زائدہ سے بھی اس الیمیت کے تعلق کا امکان ہوتا ہے۔

روزمرہ کے امتحان میں اعور، قولون، مرادہ، اور دونوں طرفوں کے کلوی خلوں کا جس

شامل ہونا چاہئے۔ عورتوں میں حرکت پذیر گردہ عام طور پر پایا جاتا ہے۔ اور جب شکمی دیواریں تکی ہو تو یہ آسانی سے شناخت کیا جاسکتا ہے۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ طبعی حالت میں دائیں گردہ کا نشتر سچی لیول بائیں گردہ کے لیول سے نیچا ہوتا ہے، اور اس لئے ”حرکت پذیر گردہ“ کی تشخیص، بطور امر افیمیاتی ضرر کے، بغیر معقول وجوہ کے نہیں کرنا چاہئے۔

129

اورام کے محل، یا ارد، یا زیادہ حس پذیری، یا غیر طبعی اہمیت کے رقبہ جات کے حدود کی تعیین اندراج کے لئے حتیٰ الوسع صحیح صحیح طور پر کرنا چاہئے اور اس کام میں قرع سے بہت مدد ملتی ہے۔ مذکورہ مقصد کے لئے حوضی شکمی کہفہ کو چار افقی منطقوں میں تقسیم کیا جاسکتا ہے جن کے نام نیچے سے اوپر کی طرف کو یہ ہیں:۔ حوضی کہفہ (pelvic cavity)، زیر معدی منطقہ (hypogastric zone)، سرری منطقہ (umbilical zone)، اور ضلعی منطقہ (costal zone)۔ زیر معدی منطقہ نیچے کی طرف حوضی لگڑ سے اور اوپر کی طرف بن درنی مستوی (inter-tubercular plane) سے محدود ہوتا ہے۔ آخر الذکر ایک افقی خط ہے جو حرقضی عرفوں (iliac crests) کے بلند ترین مقامات کو ملاتا ہے۔ ضلعی منطقہ نیچے کی طرف زیر ضلعی مستوی (sub-costal plane) سے جو ایک افقی خط ہے جو دسویں ضلعی غفر و فوں کے سروں کو ملاتا ہے، اور اوپر کی طرف ڈایا فرام کے گنبد سے محدود ہوتا ہے۔ حوضی کہفہ اپنے مقدم اور مؤخر قطروں کے تقاطع سے از سر نو چار حصوں میں تقسیم کیا جاسکتا ہے، جو علیحدہ علیحدہ دایاں، بائیں، اگلا اور پچھلا حصہ کہلاتے ہیں۔ ہر ایک شکمی منطقہ پوپارٹ کے رباط کے وسط سے ضلعی کنارہ تک سر و اطراف پر ایک ایک انتصابی خط کھینچنے سے تین تین خطوں میں تقسیم کیا جاسکتا ہے۔ اس طرح شکم کی مقدم دیوار پر نو خطے بن جائے ہیں جن کے نام شکل ۸۸ سے ظاہر ہیں۔ جب معتد بہ جہات کے شکمی اورام موجود ہوں تو یہ بہتر ہوگا کہ ان افقی منطقوں اور طبقتوں کا نام بھی لیا جائے جن میں یہ واقع ہیں۔

قرع کا اہم ترین استعمال یہ ہے کہ اس سے اہم آواز، جو ٹھوس یا سیال اورام پر سے آتی ہے، اور ریاحی آوازیں، جو معدی مہوی نقطہ پر سے نکلتی ہے، تیز کی جائے۔ شکم کے اندر آزاد سیال کی موجودگی معلوم کرنے کے لئے یہ مفید ہے، اور ”سائر اہمیت“ (shifting dullness) کو ضرور شناخت کیا جائے۔ قرع شکم کا طریقہ ایک معین و مستور العمل کے مطابق ہونا چاہئے۔ بہترین ترکیب یہ ہے کہ رتان رقبہ سے اہم رقبہ کی طرف قرع کیا جائے، اور اگر ممکن ہو تو ایسے

خط کا تتبع کیا جائے جو اہم رقبہ کی حد سے زاویہ قائمہ پر ملتا ہو۔ جو اور اہم شکم حوض میں پیدا ہونے ہیں ان میں سے اکثر گول ہوتے ہیں، اور ان کی بالائی سطح صعب ہوتی ہے۔ لہذا قعر عام طور پر پہلے ضلعی ماسیہ سے لیکر نیچے کی طرف کو کیا جاتا ہے۔ اور اس کے بعد قعر کرنے والی انگلیوں کو پہلوؤں سے خط وسطی کی طرف لے جایا جاتا ہے جب ٹھوس حوضی الاصل سلعات موجود ہوں، اور استسقاء موجود نہ ہو تو پہلوؤں پر سے بالعموم رتان آواز نکلتی ہے۔

قعر کے سلسلہ میں بعض مغالطوں کا خیال رکھنا چاہئے، چنانچہ ٹھوس سلعات کے اوپر سے بھی بعض اوقات اہم آواز نکل سکتی ہے جبکہ ورم اور دیوار شکم کے درمیان معا کا ایسا حصہ حائل ہو جس میں گیس موجود ہو۔ اور یہ بھی ظاہر ہے کہ رنایت گنبد کی سے پیدا شدہ گیس سے بھی نتیجہ پیدا ہو سکتی ہے۔ مزید برآں بیش متدد قون کے موجود ہونے کی حالت میں پہلوؤں پر سے قدرتنا اہم آواز پیدا ہوتی ہے جو باریطونی سیال کی موجودگی کو ظاہر کرتی ہے۔ آخر میں سبیل کے دویرہ بند اختکامات پر سے بھی قعر سے ایسے امارات ظاہر ہوتے ہیں جو شکلی نواسختوں کے امارات کے متماثل ہوتے ہیں، موزر الذکر کی مثال وہ درنی اجتماعات ہیں جو عمومی کہفہ باریطون سے متشبک معا اور ثرب کے ذریعہ سے چاروں طرف سے بند ہو گئے ہوں۔

استماع ماہر امراض النساء کے لئے تشخیص کا اتنا اہم طریقہ نہیں جتنے اہم کہ امتحان کے دوسرے ذرائع ہیں۔ استماع پر تمام حوضی الاصل سلعات، سوائے حاملہ رحم، بعض خارج الرحم حملات، اور چند رحمی الاصل کلاں سلعات کے جن سے ویسا ہی ایک ”ہنز“ (souffle) سانی دیتا ہے جیسا کہ حمل کا رحمی ہنز (uterine souffle) ہوتا ہے، اہم ہوتے ہیں۔

ارتسامی اندراجات کا استعمال اور محتاط شکمی پیمائشیں بھی بہت مفید ہوتی ہیں تاکہ آئندہ ان کے مقابلے کئے جاسکیں۔ ایسی حالتوں میں جبکہ کسی شکمی ورم کی نوعیت مشتبہ ہو، اور مزید مشاہدات ضروری ہوں۔ ایسے اندراجات روزمرہ امتحان کا ہمیشہ ایک جزو ہونا چاہئیں۔ اس قسم کے دستور العمل کی پابندی کرنے سے دوران تشخیص میں غلطیوں کے ارتکاب، مثلاً حاملہ رحم کو حوضی الاصل امراضیاتی سلعہ سے غلط ملط کر دینے سے بچنے میں معتد مدد ملتی ہے۔

فرج اور مہبل کا امتحان

اگرچہ صحیح تشخیص کرنے کیلئے اعضائے حوض کا براستہ مہبل مکمل امتحان کرنے کی ضرورت ہوتی ہے، مگر بغض ایسی حالتیں بھی ہیں جن میں یہ امتحان قرین مصلحت نہیں ہوتا، اور ان تشخیصات کا خاص خیال رکھنا چاہئے۔

لڑکیوں اور ناکتخدا عورتوں میں حوض کا مقامی امتحان نہ کرنا چاہئے تا وقتیکہ بہت شدید علامات اس کے مقتضی نہ ہوں، اور اس صورت میں بھی سب سے بہتر یہ ہوتا ہے کہ یہ عمومی معدوم حس کے زیر اثر کیا جائے۔ خواہ مریضہ نکتخدا ہو یا ناکتخدا ہر حالت میں یہ ضروری ہے کہ مریضہ کا کوئی عزیز یا دوست یا نرس امتحان کرنے کے وقت اس کے پاس موجود ہو۔ جب تک کہ اس احتیاط کی سخت پابندی نہ کی جائے گی مریضہ کے ان کی موجودگی پر اعتراض کرنے کے باوجود نہایت تشویش ناک نتائج پیدا ہونے کا خطرہ ہوگا جیسا کہ تجربہ سے ظاہر ہو چکا، اگر کوئی نکتخدا عورت مقامی امتحان کرنے پر اعتراض کرے، یا ایسا امتحان کرانے سے انکار کر دے تو ایسی حالتوں میں، جبکہ شدید علامات، مثلاً زہر، موجود ہوں، طبیب کا یہ فرض ہے کہ وہ مریضہ پر یہ امر واضح کر دے کہ اس قسم کی تحقیقات مرض کی تشخیص یا اس کے علاج کے لئے ناگزیر ہے، اور اگر اس پر بھی مریضہ معترض رہے تو وہ اس کا علاج کرنے سے انکار کر دے۔

حوضی اعضا کا مکمل مہبل امتحان معائنہ اور اصبغی جس سے کیا جاتا ہے، اور اس کے لئے چند اوزاروں کے استعمال کی ضرورت ہوتی ہے۔ سیال صابون اور گلیسرین جلی (glycerine jelly) کے مختلف اقسام بطور مدہن عام استعمال کے لئے آسانی و دستیاب ہو سکتے ہیں۔ دافع عفونت غسول (antiseptic lotions) مثلاً ٹنگچور آئیوڈائی (۲ پائنٹ پانی میں اڈرام)، یا کولٹار کے کئی ایک حاصلات ہیں سے کوئی ایک (مونسال: Monsal، آئیزال: Izal، یا سٹلن: Cyllin، یا ڈٹال: Dittal) جو حال ہی میں رائج ہوا، بہت سی حالتوں میں کسی دوسرے مدہن سے قابل ترجیح ہوتے ہیں مذہرادی یا عفونی سرائت کی حالتوں میں ربڑ کے دستانے جو پہلے سے پانی میں آبلے ہوئے ہوں، انگلیوں کو طوٹ

ہونے سے بچانے اور دوسرے مریضوں تک سرایتی مواد کے پہنچانے کے خطرہ سے احتراز کرنے کیلئے ضرور پہننا چاہئیں۔ دیگر حالتوں میں انکا استعمال امر اختیاری ہے، لیکن بہت سے معقول دلائل کی بنا پر ان کو روزمرہ کے استعمال میں لانے کا مشورہ دیا جاسکتا ہے۔ عفونت اور سوزاک کا استثناء تمام مریضوں میں نامکن ہے، اور اس خطرہ کا علم ہونے سے پیشتر ہی انگلیاں ملوث ہو سکتی ہیں۔ ان تمام اشخاص کے لئے جو اکثر علیہ جات سرانجام دیتے ہیں یا تھنوں کو ملوث ہونے سے بچانا ایک نہایت اہم امر ہے۔ علم القابلہ کے اطباء کے لئے بھی اس کی اہمیت اتنی ہی ہے۔ شفا خانہ کے کام میں، جہاں ماہر امراض النساء کو جلد جلد کئی ایک عورتوں کا متواتر امتحان کرنا ہوتا ہے، ایک اور اندیشہ بھی ہوتا ہے، اور وہ یہ ہے کہ ہر ایک امتحان کے بعد ہاتھوں کے ناکافی ازالہ عفونت سے ایک مریضہ سے دوسری مریضہ تک سرایت کے پہنچنے کا امکان ہوتا ہے۔

جس وضع میں اس ملک (انگلستان) میں مہملی امتحان بالعموم کیا جاتا ہے وہ یہ ہے کہ مریضہ بائیں کروٹ پر لیٹی ہوئی ہو، اور رائیں ”بائیں جانبی“ (left lateral) یا مریضہ بائیں جانبی سٹیت میں جس کو ”وضع سیمس“ (Sims's position) کہتے ہیں شکم پر خمیدہ ہوں (دیکھو شکل ۱۵۵ صفحہ ۱۳۶)۔ اونچے کوچ اور اچھی روشنی سے بہت مدد ملتی ہے۔ سقوط (prolapse) کی حالتوں میں بعض اوقات مریضہ کو کھڑے رکھ کر امتحان کرنا مناسب ہوتا ہے، کبھی صدری وضع (genu-pectoral posture) کا استعمال نشا و نادر حالتوں ہی میں کیا جاتا ہے، مگر تشخیصی امتحان کی نسبت علاج میں ان وضعوں سے زیادہ استفادہ کیا جاتا ہے، اور اس ملک میں یہ زیادہ مقبول نہیں۔ اگر مریضہ جیت لیٹی ہو، اور اس کی رائیں خم کر دے ہوں، اور باؤں کو کوچ کے سر پر پائیدار بنائیں، اور کھٹنے ایک دوسرے سے علیحدہ ہوں تو بھی یہ امتحان کیا جاسکتا ہے (دیکھو شکل ۸۹ اور ۹۰)۔ ان میں سے ہر ایک وضع میں فرج کا معائنہ آسانی سے کیا جاسکتا ہے، اور یہ پہلا حصہ ہے جس کی طرف توجہ مبذول ہوتی ہے۔ جن امور کا خیال رکھنا چاہئے وہ یہ ہیں کہ شقیقین کبیر، شقیقین صغیر اور بظر کی حالت دیکھی جائے، اور چھترقین کو انگلیوں سے علیحدہ کر کے پردہ بکارت، لیحات آسیہ (carunculae myrtiliformes) دہلیز، منفذ بول اور حفرہ زورقیہ کا یکے بعد دیگرے امتحان کیا جائے۔ بعد ازاں انگشت اشاریہ کے سرے کو دہنہ مہمل سے گزاد کر مہمال (urethra) کے فرش پر منفذ بول کے رخ میں

دباؤ ڈالا جائے تاکہ اگر کوئی مہیالی مواد موجود ہو تو وہ ظاہر ہو جائے۔ اخیر میں بارتھولینی قناتوں کے فتحوں کا معائنہ کیا جائے۔ اگر یہ غد و کلائی یافتہ ہوں تو ہر شفرہ کبیر کے قاعدہ پر کی بافت کو مہیبل کے اندر کی انگلی اور باہر کی جانب سے انگوٹھے کے درمیان پکڑنے سے ان کا جسٹس کیا جاسکتا ہے۔ طبی بارتھولینی غدہ جس سے محسوس نہیں کیا جاسکتا۔ فرج کی مخاطی سطحیں بالعموم مرطوب ہوتی ہیں لیکن ان پر کوئی مواد دکھائی نہیں دیتا۔ بعض اوقات ایک سفید دوسخ نما افراز یا ایک رفیق دو دھیا سبباً موجود ہونا ہے مگر ان میں سے کوئی بھی غیر طبی نہیں۔

امتحان کا دوسرا مرحلہ مہیبل کا انکشتی امتحان ہے جو بالعموم دائیں ہاتھ کی انگشت اشاریہ سے، اور صاحب ولادت عورت میں انگشت اشاریہ اور وسطی سے کیا جاتا ہے۔ اگر دایلی امتحان کیلئے ہر ایک ہاتھ کو مساوی سہولیت کے ساتھ استعمال کرنے کی مشق کر لی جائے تو بہت آسانی ہوتی ہے۔ انگلیاں داخل کرتے وقت یہ یاد رکھنا چاہئے کہ فرج ایک مقدم موخر درز ہے، اور مہیبل کا درونہ مستعرض ہوتا ہے۔ لہذا جب انگلیاں اوپر کی جانب عنق کی طرف گزاری جائیں گی تو ہاتھ کو ایک زاویہ قائمہ کی گردش دیجائے گی۔

دیوار ہائے مہیبل کی حالت پہلا امر ہے جس کا مشاہدہ کرنا چاہئے۔ مقدم دیوار کے زیریں ایک تنہا حصہ پر مستعرض شکن (دیکھو صفحہ 51) بالعموم محسوس کئے جاسکتے ہیں، لیکن ان عورتوں میں جن کو بہت سے بچے پیدا ہوئے ہوں یا جن کو مہیبل سفولہ کی شکایت ہو یہ اکثر موجود نہیں ہوتے۔ مشاق انگلی سے ایسی حالتوں میں مثلاً دیواروں کے غیر طبی ڈھیلے پن، بچھاؤ، ندبات، ٹولولی فضولات (wartlike excrescences) اور دوبری یا ٹھوس اور ام کی فورا شناخت ہو جائے گی۔ اس کے بعد عنق کے مہیبل حصہ کو محسوس کرنا چاہئے۔ یہ بالعموم حوضی کہفہ کے مرکز کے قریب اس طرح واقع ہوتا ہے، کہ فم خارجی وری کی شوکہ (ischial spine) کے لیوں کا تناظر ہوتا ہے، مگر اس محل میں تفاوت کا پایا جاتا قلیل الوقوع نہیں، اور اگر کسی رخ میں خفیف سی غیر وضیعت پائی بھی جائے تو اس کو حد سے زیادہ اہمیت نہ دینا چاہئے، کیونکہ تندرست رحم نہ تو ہمیشہ خط وسطی میں واقع ہوتا ہے اور نہ افقی لیوں پر۔ عذیم الولادت عورتوں میں فم یا تو ایک چھوٹے سے گول روزن کی شکل کا ہوتا ہے، اور یا ایک تنگ مستعرض جھری کی شکل کا۔ کثیر الولادت عورتوں میں یہ ہمیشہ یا تو مستعرض ہوتا ہے جبکہ کوئی دریدگی نہ واقع ہوئی ہو، اور یا بے قاعدہ جبکہ عنق دوران ولادت میں پھٹ چکی ہو۔ ایک اور حالت کا جو قلیل الوقوع نہیں

ذہن نشین رکھنا ضروری ہے، اور وہ یہ ہے کہ عنق کی سطح پر کئی ایک قصیر القامت، ہموار، گول اور محکم ارتفاعات موجود ہوتے ہیں جو ان اعتبار سے دیوروں کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں جو عنق کی لیفی عضلی دیوار میں عنقی غد کے گہرے حصوں کے بند اور متنس ہو جانے سے بنتے ہیں، اور یہ نیبوٹھی کے بیگیٹ (ovula Nabothi) کہلاتے ہیں (شکل ۱۹- صفحہ ۲۸)۔ مثاقی انگلی سے عنق کی غیر بلبعی حالتوں (مثلاً عنق کی قنال کا اتساع، اور اس کے لبوں کا بیش پرودگی، تطول اور انکی بروں گر ویدگی جو دریدگیوں اور ندبات سے پیدا ہوئی ہو، اور بارز سعدانے protruding polypi) اور نیز جیٹ بالیدیں اور دیگر اسباب سے پیدا شدہ تقرح کی شناخت کی جاتی ہے۔

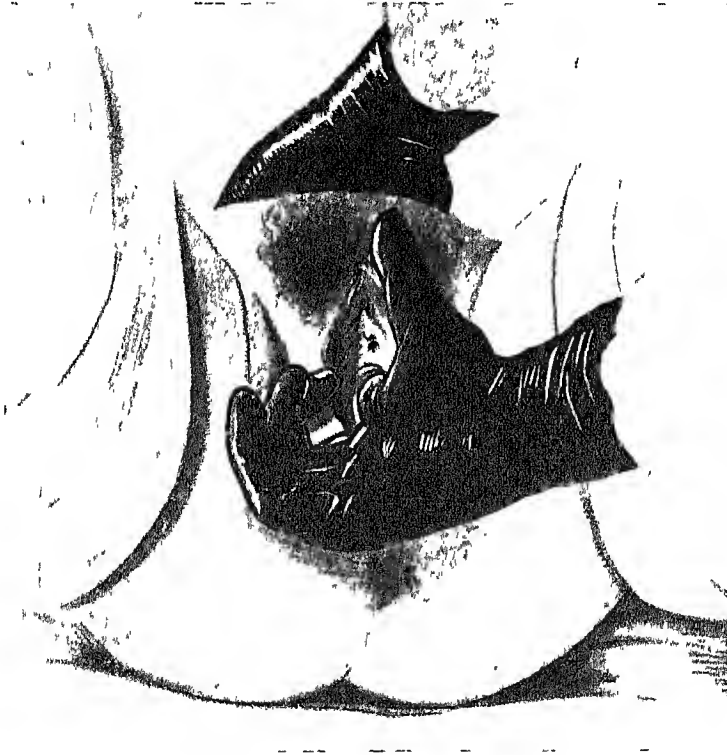
دوستی امتحان۔ اس کے بعد کامر حلہ دوستی امتحان ہے جو ہر ایک نقطہ نظر سے بہت اہم ہے، اس طریقہ میں مہارت اور اعتماد حاصل کرنے کے لئے کافی تجربہ کی ضرورت ہے، موافق صورت حالات کے تحت اس کو عمل میں لانا آسان ہے، اور اس سے جملہ حوضی اعضا کا مفصل امتحان کیا جاسکتا ہے۔ غیر موافق حالات مثلاً فریبہ، عصبی اضطراب اور معائے مستقیم کی بُری، وغیرہ کی صورت میں بعض اوقات یہ ضروری ہوتا ہے کہ اپنے آخری فیصلہ کو ملتوی رکھا جائے، تا وقتیکہ معلوم جس کے زیراثر امتحان نہ کر لیا جائے۔ بعض مثالوں میں اس پر بھی کئی ایک امور غیر مشخص رہ جاتے ہیں۔

132

دوستی امتحان کو کامیابی سے سر انجام دینے کیلئے یہ ضروری ہے کہ مثانہ اور معائے مستقیم پر نہ ہوں۔ لہذا امتحان کیلئے ٹیلیار کرنے سے پیشتر ایک خفیف سالیٹ استعمال کرا دینا چاہئے۔

دوستی امتحان محض اسی وضع میں ٹیٹیک طور پر کیا جاسکتا ہے کہ مریضہ جیت لیٹی ہوئی ہو، اور اس کے گھٹنے ایک زاویہ حادہ پر خمیدہ ہوں۔ جب کوئی خاص نسائیاتی کوچ یا عملیاتی میز استعمال کیجائے تو متعین مریضہ کے گھٹنوں کے درمیان کھڑا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۸۹)۔ مگر کوچ کی ایک طرف کھڑے ہو کر اپنے دائیں ہاتھ کو مریضہ کے خمیدہ دائیں گھٹنے کے نیچے سے گزارنا بھی اسکے لئے اتنا ہی آسان ہوتا ہے (دیکھو شکل ۹۰)۔ دایاں ہاتھ بالعموم داخل امتحان کے لئے استعمال کیا جاتا ہے، اور بایاں زیر معده پر رکھا جاتا ہے، اور دونوں ہاتھوں کی انگلیوں کے اشتراک عمل سے حوضی اعضا کا نیچے سے

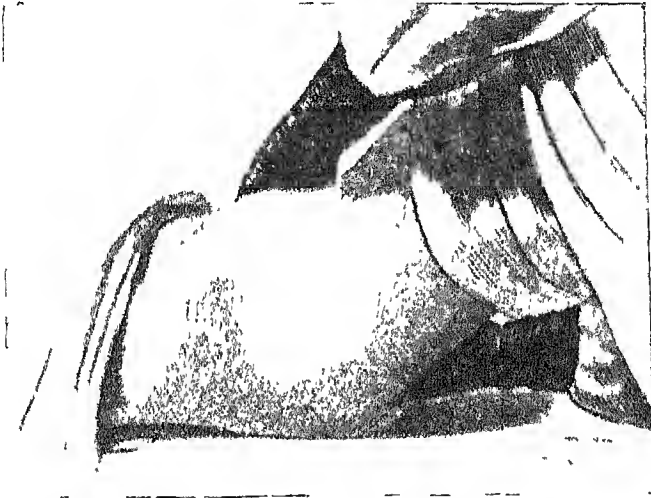
اور اوپر سے بیک وقت جس کیا جاسکتا ہے۔ داخلی امتحان کرنے کے لئے ہر ایک ہاتھ کو مشت بہم پہنچالینا مناسب ہوتا ہے۔ کیونکہ حوض کی دائیں طرف کا استقصاء دائیں ہاتھ سے، اور



شکل ۸۹۔ دودستی امتحان کرنے کا طریقہ۔ منحنی کو پچ کے سرے پر کھڑا ہے۔
(ایک عکسی تصویر سے۔)

بائیں طرف کا بائیں ہاتھ سے زیادہ مکمل طور پر کیا جاسکتا ہے۔ دونوں وضعوں میں جو شکل ۸۹ اور ۹۰ میں ظاہر کی گئی ہیں امتحان کرنا سیکھنا چاہئے، کیونکہ کوپچ یا علمیتی میز کا استعمال ہمیشہ ممکن نہیں ہوتا۔ صاحب فراش مریضوں کے لئے وہ وضع جو شکل ۹۰ میں دکھائی گئی ہے زیادہ مناسب ہوتی ہے، اور اس میں دوسری وضع کی نسبت کم تکلیف ہوتی ہے۔

پہلے جسم رحم کو پیش گردیدگی (anteversion) کی طبعی حالت میں تلاش کیا جاتا ہے۔ اگر اندازہ ہی سے کہا جائے تو رحم عموماً کہفہ حوض کے قبالتی محور پر واقع ہوتا ہے۔ ذہلی عورتوں میں یہ اس محل پر آسانی محسوس کیا جاسکتا ہے، لیکن اگر یہاں یہ فوراً نہ ملے تو اسے پہل کے اندر کی انگلی سے شکمی دیوار کی طرف دھکیلنا چاہئے۔ یہ طریقہ اوپر سے دباؤ ڈال کر طاقور شکمی عضلات کی مزاحمت پر زور سے غالب آنے کی کوشش کرنے سے کہیں زیادہ مؤثر ہے۔ بیرونی ہاتھ کو



شکل ۹۔ دوستی امتحان کرنے کا طریقہ۔ متحن کو چ کی ایک جانب پر کھڑا ہے۔
(ایک عکسی تصویر ہے۔)

عائہ سے ذرا اوپر رکھنا چاہئے۔ جسم رحم کو دونوں ہاتھوں کی انگلیوں سے یوں پکڑ لینے سے اسکی وضع جسامت، شکل، بستیگی اور حرکت پذیریری کا پتہ چلانا ممکن ہوتا ہے۔ دوسرے چھوٹے چھوٹے امور کا بھی خیال رکھنا چاہئے مثلاً دباؤ کے لئے اس کی حسیت اور ہلانے سے درد کا احساس۔ پس گردیدہ رحم کا قابل اطمینان دوستی امتحان کرنا یقیناً آسان نہیں ہوتا تاوقتیکہ اسے پہلے دھکیل کر حوض کی گھر کے لیول پر نہ لایا جائے۔ ایسا مقابلہ براستہ پہل براستہ مبرز زیادہ کامیابی سے کیا جاسکتا ہے۔

اس کے بعد رحمی زوائد (uterine appendages) کی تحقیق کرنا چاہئے۔ جانبی قبوؤں یا حوض کے موخر چوتھائی حصوں کا دوسری امتحان کرنے سے ان کا پتہ لگایا جاسکتا ہے۔ استثنائی حالتوں میں تین ساختیں شناخت کی جاسکتی ہیں۔ اگلی طرف ایک پتلی جیل جو انگلیوں کے درمیان پھرائی جاسکتی ہے مستدیر رباط کو ظاہر کرتی ہے، پچھلی طرف ایک زیادہ نرم اور اسطوانہ نما ساخت یعنی فلوپی لی ہوتی ہے۔ اگر موخر الذکر کا باہر کی طرف کو تعاقب کیا جائے تو امیض اپنے طبعی محل پر یعنی جانبی حوضی دیوار کے نزدیک محسوس کیا جاسکتا ہے۔ یہ اپنی گول یا بیضوی شکل، نرم بستی، حساسیت، باسانی حرکت پذیر ہونے، اور دونوں ہاتھوں کی انگلیوں کے درمیان جلد پھیل جانے سے پہچانا جاتا ہے۔ اگر امیض اپنے طبعی محل پر نہ ملے تو اسے ڈھکس کی جیب میں تلاش کرنا چاہئے جہاں یہ محفوظ یافتہ ہونے کی حالت میں مل جاتا ہے۔ طبعی فلوپی لی کی شناخت سب سے زیادہ مشکل ہے۔ اسکی بستی مستدیر رباط سے زیادہ نرم ہوتی ہے، اور جب تک کہ امراضیاتی تغیرات سے اسکی شکل بگڑ نہ جائے یا یہ دبازت یافتہ نہ ہو جائے اس کا تمیز کرنا زیادہ مشکل ہوتا ہے۔ فربہ اور دیوار ہائے شکم کے استوار ہونے کی حالتوں میں کلانی نایافتہ زائڈ سے بعض اوقات بالکل محسوس نہیں ہوتے، اور ان حالتوں میں جب کبھی یہ محسوس کئے جاسکتے ہیں تو انکی جسامت غالباً غیر طبعی ہوتی ہے۔

184

اگر مثانہ خالی ہو تو اس کے حدود جس سے معین نہیں کئے جاسکتے۔ پریشانہ مقدم قبوہ میں سے ایک نرم متوج ناپہ کے مانند محسوس ہوتا ہے، اور یہ رحم کو پچھلی طرف ہٹا دیتا ہے، اسلئے اس کا محض فربہ ہی محسوس کیا جاسکتا ہے۔ بعض مثالوں میں حالبین کے حوضی حصوں کے سرے مثانہ میں پھٹی ہونے کے لئے آگے کی اور اندر کی طرف کو جاتے ہوئے حوض کے اگلے چوتھائی حصوں میں حوض سے ذرا باہر کی طرف شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ تدرن سے دبازت یافتہ ہونے کی حالت میں یا حصات (calculus) کی موجودگی میں ان کی شناخت آسان ہوتی ہے۔

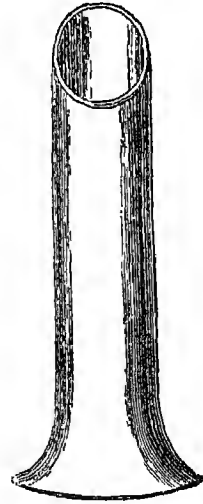
اخیر میں اسی طرح موخر قبوہ کا استقصاء کیا جاتا ہے۔ عنق کے پیچھے سے اندرونی انگلی کو اوپر کی جانب اٹھانے سے رحم کی موخر دیوار کے زیرین جزو کا کسی قدر حصہ محسوس کیا جاسکتا ہے (دیکھو شکل ۲) مزید برآں مقدم مستقیم دیوار اور رحمی عجزی رباطات بھی محسوس کئے جاسکتے ہیں، لیکن موخر الذکر شناخت نہیں کئے جاسکتے تا وقتیکہ یہ غیر معمولی طور پر نمایاں نہ ہوں یا دیگر التہابی تغیرات سے دبازت یافتہ نہ ہو گئے ہوں۔ ان کا امتحان تمام حالتوں میں بمقابلہ

براستہ مہبل براستہ ممبرز زیادہ کامیابی کے ساتھ کیا جاسکتا ہے۔

بہت سے مریضوں میں ہر دو ظہری اور جانبی وضعوں میں دوستی امتحان کرنے سے تشخیص میں بہت کچھ مدد مل سکتی ہے۔ ہمیت (posture) کی تبدیلی سے حوض کے بڑے بڑے اعضا اور بالخصوص رحم کا بھی محل تبدیل ہو جاتا ہے، چنانچہ وضع سیمز (Sims's position) میں اس عضویں آگے کی طرف کو گرنے کا رجحان پایا جاتا ہے، اور اس لئے ڈگلس کی جیب کے خطہ کا نیچے سے زیادہ اچھی طرح سے امتحان کیا جاسکتا ہے۔

مستقیم، مستقیم، مستقیم، مہبل کی شکلی امتحان۔ مستقیم امتحان دہیں ہاتھ

کی انگشت اشاریہ سے کیا جاتا ہے، جس پر دستاورد پہنا ہوا ہو اور جس کی تدبیریں اچھی طرح سے کر لی گئی ہوں۔ یہ ضروری ہے کہ معائنے مستقیم خالی ہو۔ باکرہ عورتوں میں، جیسا کہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے، یہی مناسب ہوتا ہے کہ مہبل امتحان سے حتی الامکان احتراز کیا جائے۔ اس حالت میں مستقیم شکلی طریقہ سے تقریباً صحیح نتائج حاصل کئے جاسکتے ہیں، خاص کر جہانک کہ رحم کی جہانت اور اسکی وضع اور عنق کی حالت کا تعلق ہے۔ اگر تیز کے ساتھ نزف یا درد کی روئداد موجود ہو تو یہ ضروری ہے کہ ممبرز میں انگلی داخل کرنے سے پیشتر اس کا باغیاط معائنہ کر لیا جائے، کیونکہ شقاق یا بواسیر موجود ہونے کی صورت میں انگشتی امتحان بہت تکلیف دہ ہوتا ہے۔ مہبل امتحان کی نسبت مستقیم امتحان سے ڈگلس کی جیب کے مافیہ کا، اور خاص کر بیضیں کا، زیادہ مکمل امتحان ہو سکتا ہے، معائنے مستقیم کے اندر کی انگلی جیب مذکور کی موخر دیوار کے ساتھ ساتھ بہت دوز تک چلی جاتی ہے، مگر



شکل ۹۱۔ ڈگلس کا مہبل منظر

(ڈگلس کو سیمز کے)۔

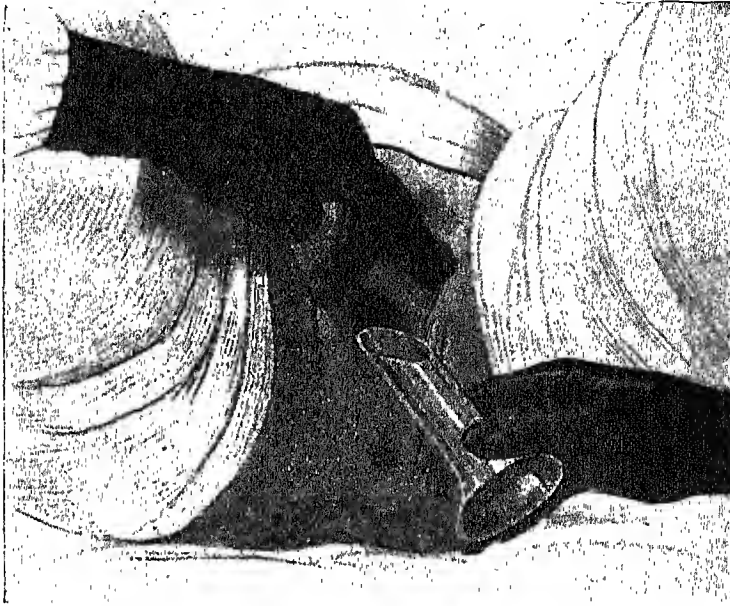
براستہ مہبل یہ صرف اس کے فرش تک ہی پہنچتی ہے۔

(دیکھو شکل ۳)۔ پس رحم و رم کی نوعیت کی وضاحت

اکثر اوقات اس طریقہ سے کی جاسکتی ہے۔ مزید برآں

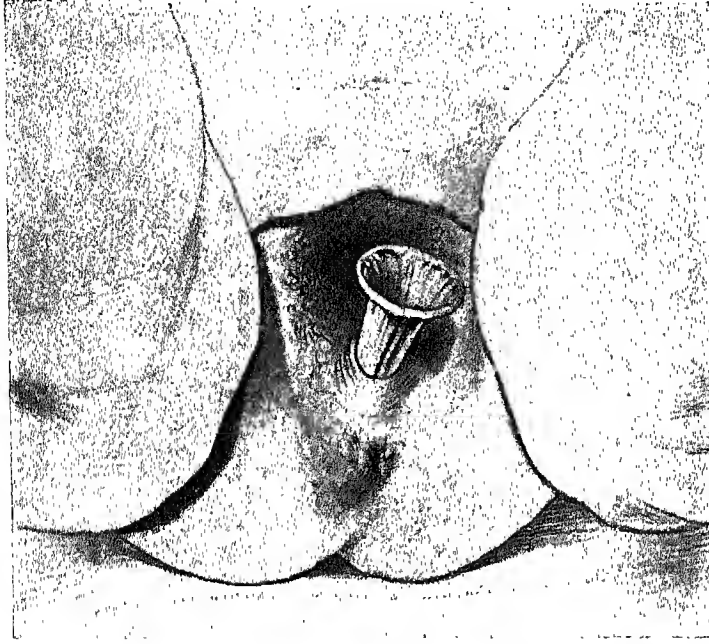
رحمی عجزی رابطات بھی آسانی محسوس کئے جاسکتے ہیں، اور ابتدائی درریش بھی جیسی کہ

سرطانِ عمیق میں پائی جاتی ہے اس طریقہ سے شناخت کی جاسکتی ہے جو ہیبل میں سے ظاہر ہوتی۔



شکل ۹۲۔ فرسن کے منظار کو دہل کر نیکار طریقہ۔ (عکسی تصویر سے۔)

علاوہ ازیں الہتہابی خلوی انصبابات اکثر اوقات معائے مستقیم کے ارد گرد راستہ بنا لیتے ہیں، اور اس کو ایک مثبت اور محکم حلقہ تصلب سے کم و بیش مکمل طور پر محصور کر لیتے ہیں اور سب سے آخر میں مستقیقی تضیق (rectal stricture) سعدانوں (polypi) بوا سیر، برازی اجتماعات، اور اجسام غریبہ کے موجود ہونے کی سہی حالتیں شناخت کی جاسکتی ہیں۔ بعض اوقات انگشت اشاریہ کو ہیبل میں اور وسطی کو مبرز میں داخل کر کے دو دستی امتحان کرنا مفید ہوتا ہے (مستقیقی ہیبل تختگی امتحان)۔ اس طرح ناقص حرکت پذیری کے خفیف مدارج شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ اور حوضی ورم اور رحم کے تعلق کی تعیین کی جاسکتی ہے۔

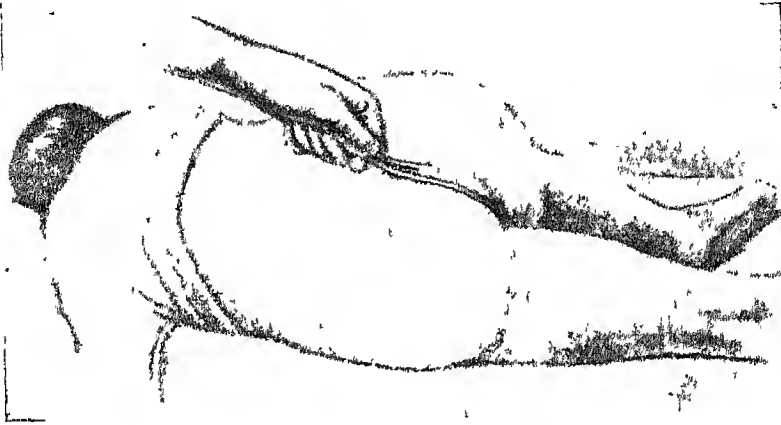


شکل ۹۲۔ فگسٹن کا منظار داخل کرنے کے بعد۔ (عکس تصویر سے)



شکل ۹۳۔ سمٹس کا ہیبیلی منظار۔

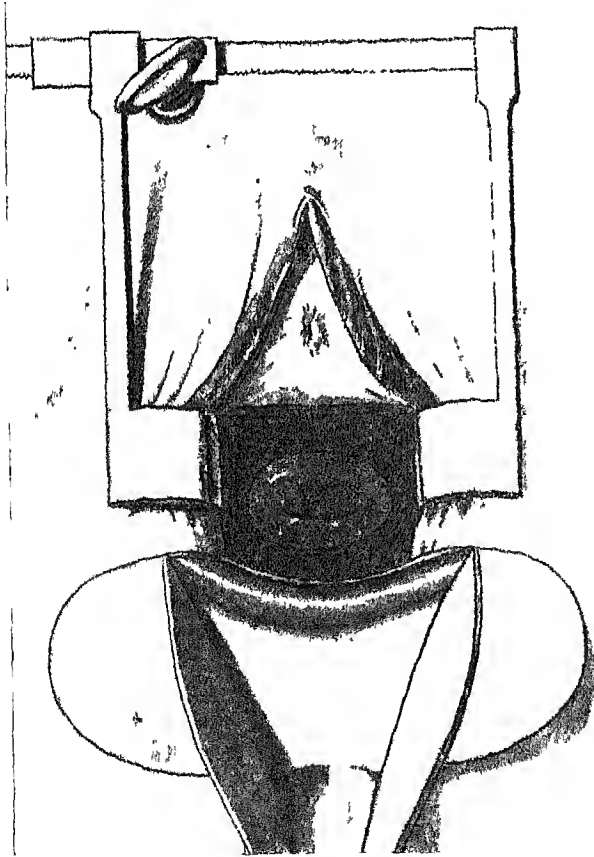
منظارات اور امتحان میں سہولت پیدا کرنے کے دیگر ذرائع۔ ہیمل منظار (vaginal speculum) اور کافی روشنی کی مدد سے ہیمل قنال اور عنق کا معائنہ باسانی کیا جاسکتا ہے۔ ہیمل منظارات کی بہت سی قسمیں ہیں، لیکن یہاں پر صرف دو ہی کے بیان کی ضرورت ہے۔



شکل ۹۵۔ وضع سمت میں منظار داخل کیا گیا ہے۔

ان میں سے مفید ترین ”بط منظار“ (duck-bill) یا سمتس کا منظار (Sims's speculum) اور ”انبوبی“ (tubular) یا فرگسن کا منظار (Ferguson's speculum) ہیں۔ فرگسن کا منظار وکٹائنٹ یا شیشہ یا دھات کی تقریباً ۱۰ انچ لمبی تلی ہوتا ہے جس کا بالائی سر اتر چھ رخ میں کٹا ہوتا ہے، اور اس کا زیرین سرا پھیلا ہوا اور ذرا باہر کی طرف کو مڑا ہوا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۹۱)۔ یہ منظار مختلف جہاتوں کا ہوتا ہے۔ سب سے چھوٹے منظار کا قطر تقریباً ۱ انچ ہوتا ہے، اور یہ عظیم الولادت عورتوں کے لئے موزوں ہے۔ اس آؤزاکو (جسے پہلے یانی میں جوش دیکر کوئی عقیم یا دافع عفونت مدہن لگایا جاتا ہے) داخل کرنے کے لئے بائیں ہاتھ کی انگلیوں سے شفرتین صغیر کو ایک دوسرے سے اس حد تک علیحدہ کر لیا جاتا ہے کہ جہلی دہنہ نظر آئے (دیکھو شکل ۹۲)۔

پھر کس کا بالائی ترچھا سرفرج کے ساتھ اس طرح نگا دیا جاتا ہے کہ اس کی زیادہ لمبی طرف پیچھے کی طرف کو ہوتی ہے۔ اس کے کنارے سے مہبل کی پھیلی دیوار کو آہستہ سے پیچھے دبا دیا جاتا ہے، اور ساتھ ہی نیچے کے سرے کو اس طرح پکڑا جاتا ہے کہ یہ اوزار حوضی مخرج کے قہالتی محور میں واقع ہو (شکل ۹۳)۔ اس طریقہ سے مہبل دہنتہ اتنا تنیدہ ہو جاتا ہے کہ منظار کی اگلی چوٹی طرف دلیہ پر سہ آسانی پھیل جاتی ہے۔ پھر منظار کو آہستہ سے اندر کی طرف کو دھکیل دیا جاتا ہے، اور اس کی لمبی طرف عنق کے



شکل ۹۲۔ عنق کو جیل اور اوارڈ کے منظرات سے مکشف کیسا گیا ہے۔

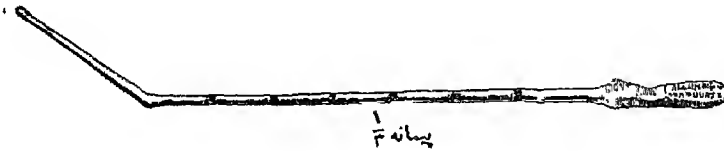
پیچھے سے مونہ قبوہ میں پہنچا دی جاتی ہے۔ منظار کے بالائی سرے میں اب عنق منکشف ہو جاتی ہے، اور ہبل کی دیواریں نظر نہیں آتیں۔ منظار کو داخل کرتے یا نکالتے وقت ہبل کی دیواروں کے وہ حصے جو اس سے پرے ہوتے ہیں ایک دوسرے سے متماس دکھائی دیتے ہیں۔ یہ منظار ظہری اور جبانی ہر وضع میں بآسانی استعمال کیا جاسکتا ہے۔

سمنس کا منظار شکل ۹۴ میں دکھایا گیا ہے۔ یہ ایک دوہرا اوزار ہے جو درمیان سے پکڑا جاتا ہے، اور اس کے دونوں سرے چھچھ کی شکل کے اور مختلف جسامتوں کے ہوتے ہیں، اور دستگیر مستعرض رخ میں لگے ہوتے ہیں۔ اس کے موجودہ نیم سمنس (Marion Sims) کے حسب خواہش اس اوزار کو نیم قلوب (semi-prone) یا سمنس کی وضع میں استعمال کرنا چاہئے، یعنی مریضہ بائیں کروٹ پر لیٹی ہو، اور اس کا بائیں بازو اس کی کمر کے پیچھے ہو، اور رانیں اس طرح خمیدہ ہوں کہ دائیں بائیں کی نسبت زیادہ خمیدہ ہو (شکل ۹۵)۔ اس وضع میں دہنہ ہبل کھل جاتا ہے، اور ہبل میں ہوا داخل ہو کر اسے متھو کر دیتی ہے، اور رحم آگے کی اور پیچھے کی طرف یعنی مقدمہ کی دیوار کی جانب گر جاتا ہے۔ منظار کا چھچھ نمبر اس طرح داخل کر دیا جاتا ہے کہ اس کا پھل ہبل کے مقدمہ مونہ قطر میں ہو۔ سمس اوزار کو گردش دیکر ہبل کی مونہ دیوار اس سے باز کشیدہ کر لی جاتی ہے، اور اس طرح ہبل کی تمام مقدمہ دیوار اور عنق منکشف ہو جاتی ہے جب ہبل کی دیواریں مرتبہ ہوں (جیسا کہ سقوط کی حالتوں میں ہوتا ہے) تو مقدمہ دیوار اوزار کے اندر گر جاتی ہے، اور عنق کو نظر سے پوشیدہ کر دیتی ہے تا وقتیکہ اسے چھٹے سے پیچھے کی طرف نہ دبا دیا جائے۔ اس منظار کو جگہ برفاقم رکھنے کے لئے ایک مددگار کی ضرورت ہوتی ہے، مگر اس سے عنق اور دیوار ہائے ہبل کا منظر قریب کے منظار کی نسبت کم متغیر اور بہتر دکھائی دیتا ہے۔ اس منظار کو میٹھی لیٹڈ سپرٹ میں ڈبوئے اور اس سپرٹ کو جو اس کے ساتھ لگا رہ جاتا ہے جلانے سے بآسانی عقیم کیا جاسکتا ہے۔

عملیتی مقاصد کے لئے منظاروں کے وہ اقسام مفید ہیں جو بذات خود اپنی جگہ قائم رہتے ہیں، مثلاً ہبل کا ہبل باز کش (Jayle's vaginal retractor) اور اووارڈ کا وزن دار منظار (Auvar'd's weighted speculum)، مگر معمولی سریری امتحان کو سر انجام دینے کے لئے یہ ناموزوں ہیں۔

رحمی مجتہد (Uterine Sound)۔ یہ مفید اوزار ایک سلائی ہے جو کہ رحم میں داخل کرنے کے لئے خاص طور پر ایجاد کی گئی ہے (دیکھو شکل ۹۶)۔ یہ خم پذیر دھات سے

بنا ہوتا ہے تاکہ غیر طبعی حالات کے مطابق اسے خمیدہ کیا جاسکے۔ اس کے سرے سے $\frac{1}{4}$ انچ کے فاصلہ پر ایک چھوٹی سی گڑھ ہوتی ہے جو رحمی کہفہ کے طبعی طول کی نشان دہی کرتی ہے۔ اور گڑھ کے بعد اس پر ایک ایک انچ کے فاصلہ پر گٹھاؤ ہوتے ہیں۔ رحم میں داخل کرنے سے پیشتر مجتہ کا حراچی نقطہ نظر سے صاف ہونا ضروری ہے۔ بانی میں جوش دینے سے یا مینٹی لیڈ سپرٹ میں ڈبو کر اس سپرٹ کو جلانے سے جو اس کے ساتھ لگ جاتا ہے اسے خاطر خواہ صاف کیا جاسکتا ہے۔



شکل ۹۔ رحمی مجتہ۔

مجتہ کے استعمال سے مندرجہ ذیل امور معلوم ہو سکتے ہیں:۔ (۱) رحمی کہفہ کا رخ اوّل طول۔ (۲) کہفہ کا اتساع (تطول کے علاوہ) یہ مجتہ کو رحم میں داخل کر کے اس کے دستہ کو آہستہ سے اس طرح بھرانے سے معلوم کیا جاتا ہے کہ اس کا سہا ایک تو اس بنادے۔ (۳) رحمی دیواروں کا کھردراہن اور ان کا تشیب و قرانہ (۴) جسمی عنقی زاویہ کی چوڑائی کا اندازہ۔ (۵) رحم اور جوفی سلعہ کا تعلق، جبکہ قبل الذکر کی وضع کیلئے انجمنی امتحان سے معلوم نہ کی جاسکے۔ اگر مجتہ کو باہر نکالنے پر اس پر خون کی لکیر موجود ہو تو اس سے کوئی غیر طبعی حالت ظاہر نہیں ہوتی، لیکن اگر معتد بہ زوف واقع ہو تو یہ مرض، مثلاً سرطان رحم، کی امارت ہوتا ہے۔

عنقی قنال سے یہ اوزار عموماً احساس درد کے بغیر گزر جاتا ہے، لیکن اگر اس کا سر اتر کے مخاطبیہ کے ساتھ لگ جائے تو اکثر اوقات درد محسوس ہوتا ہے۔

مجتہ (sound) کے استعمال میں متعدد خطرات ہیں جن کو ذہن نشین رکھنا ضروری ہے۔ اول اس اوزار کے عفونت زدہ ہونے سے یا اس کے ذریعہ سے مہل یا عنقی سے عفونی مادہ کے کہفہ رحم میں پہنچ جانے سے سہائت کا خدشہ ہوتا ہے۔ لہذا دیوار ہائے مہل اور عنقی کا با احتیاط ملاحظہ کئے بغیر مجتہ کا ہرگز استعمال نہ کرنا چاہئے۔ عنقی کے تمام قناطع اور بدبودار موائے اس کے استعمال کے موانع ہیں۔

ہیں نیز اگر ماہواری ایام بخیر حین کے گزر گئے ہوں اور اس سے استقرارِ حمل کا امکان ظاہر ہوتا ہو تو مجتہ کے استعمال سے احتراز کرنا چاہئے۔ بعض حالتوں مثلاً جسمِ رحم کے خبیث سلعات کی موجودگی میں رحم کی دیواریں خستہ ہوتی ہیں اور ان میں اس سے آسانی سورخ ہو جاتا ہے اور اس متغیب سے عفونتِ التهابی باریطون (septic peritonitis) کے شدید خطرات لازمی طور پر پیدا ہو جاتے ہیں۔ عقیقہ مجتہ سے تندرست جسم میں اتفاقیہ سورخ ہو چکا ہے مگر اس سے کوئی نقصان نہیں پہنچا۔



ب

ا

مذکورہ بالا خطرات سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ مجتہ (sound) کے استعمال کے لئے دفع عفونتِ احتیاطی کی ضرورت ہے جو محض غلیبوں کے دوران میں یا معدوم جس کے زیر اثر امتحانوں ہی میں بخوبی سرانجام دی جاسکتی ہیں۔ لہذا بیرونی مریضوں کے مطب میں یا مشورہ دینے کے کمرہ میں اس اوزار کے روزمرہ استعمال کی تائید نہیں کی جاسکتی۔ عقیقہ کردہ مجتہ کی دست و رزمی اس طرح کرنا چاہئے کہ یہ عنتق کے لیول سے نیچے تناسلی خلیہ کے کسی حصہ سے بھی نہ جھونے پائے۔ پہلے عنتق کو منظار کی مدد سے منکشف کر لینا چاہئے اور اس کی سطح کو پلے فیئر کی ملبوس سلائی (dressed Playfair's probe) (شکل ۹۸) سے صاف کر لینا چاہئے۔ اگر رجمی موادات دکھائی دیں تو اس اوزار کو ہرگز استعمال نہ کرنا چاہئے۔ خواہ مواطیعی ہی کیوں نہ دکھائی دے، عنتقی قتال کو آئیوڈین کی پھریری سے ضرور صاف کر لینا چاہئے۔ اور پھر عقیقہ کردہ مجتہ کو فہم میں با احتیاط داخل کر کے قعر تک لیجانا چاہئے۔ اگر ممکن ہو تو پہلے جسمِ رحم کی وضع کی دودستی امتحان سے تحقیق کر لینا چاہئے۔ مگر بعض حالتوں میں ایسا نہیں کیا جاسکتا اور مجتہ کو استعمال کرنے کی ایک وجہ یہ بھی ہے کہ جسمِ رحم کے رخ کی تعیین

شکل ۹۸۔ پلے فیئر کی سلائی۔

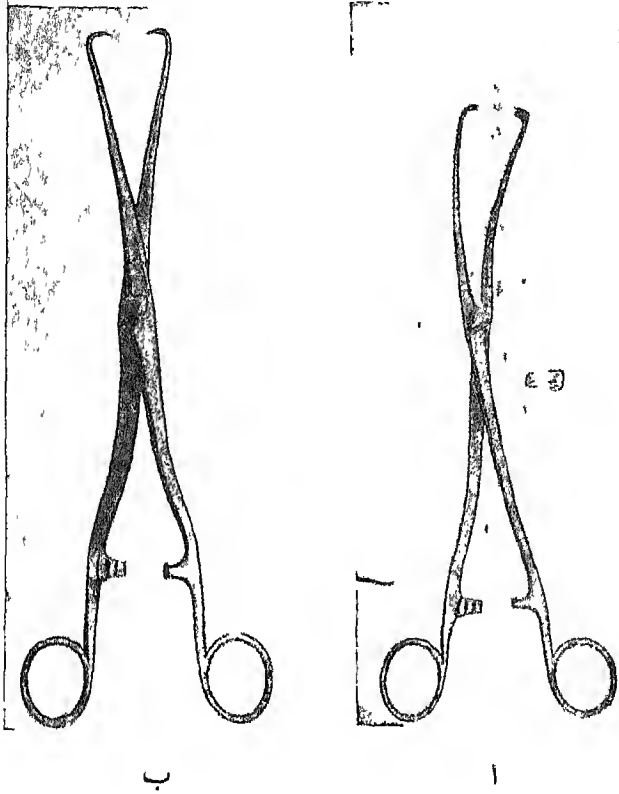
(ا) روئی سے غیر ملبوس (ب)

روئی سے ملبوس اور استعمال کیلئے

طیار۔

کی جائے۔

جو معلومات اس کے استعمال سے ہم پہنچتی ہیں ان میں سے بیشتر دوستی امتحان سے



شکل ۹۹۔ متعدد دندانوں والا منتاش (وسیلا)۔ ب۔ اکھرے دندانوں والا منتاش (وسیلا)۔

بھی حاصل کی جاسکتی ہیں۔ اور مزاول فن موخر الذکر طریقہ میں جتنا زیادہ ماہر ہوگا جتنہ (sound) کے استعمال کی طرف وہ اتنا ہی کم رجوع کریگا۔

منتاش (Volsella) شکل (۹۹) لمبے دستہ اور تیز دندانوں والا چمٹا ہے جو غرق کی حرکت پذیری معلوم کرنے، یا بعض مشکل حالتوں میں جتنہ کو آسانی داخل کرنے کیلئے

عنق کو پکڑ کر نیچے کی طرف فرج تک کھینچ لینے کیلئے استعمال کیا جاتا ہے۔ تندرست صاحب ولادت عورتوں میں عنق اس حد تک کھینچی جاسکتی ہے کہ فم خارجی مویجہ ہیل (introitus vaginae) کے لیول تک آجاتا ہے اور مریضہ کو زیادہ درد محسوس نہیں ہوتا۔ سقوطِ رحم میں بہت زیادہ حرکت پذیری موجود ہوتی ہے، اور التهابی حالتوں میں یا رباطِ عریض کی خستہ درزیش میں یا سلعائتِ رحم کی موجودگی کی حالت میں ناقص حرکت پذیری مکمل تثبیت کی حد تک پائی جاتی ہے۔

موادوں اور بافتوں وغیرہ کا امتحان

یہ ظاہر ہے کہ بعض نسائیاتی مریضوں کا مکمل سریری امتحان کرنے کے لئے اُن موادوں یا بافت کے ٹکڑوں کا جو نسائیاتی تشخیص کے لئے حاصل کئے گئے ہوں ضروری اور جراثیمیاتی امتحان بھی ضروری ہوگا۔ اس کے لئے سب سے بہتر یہ ہے کہ یہ کام سریری عمل کے سپرد کر دیا جائے، مگر ان نمونوں کو حاصل کرنے کے طریقوں کا ذکر کرنا ضروری ہے۔

جراثیمیاتی امتحان کے لئے موادوں کو محتاط طریقوں سے حاصل کرنا چاہئے۔ مواد کا منبع معلوم کرنے کے بعد اسے حسب ضرورت عقیقہ منظار کی مدد سے منکشف کر لیا جاتا ہے، اور پلاٹیم کے عقیقہ تار سے مواد کا کچھ حصہ لیا جاتا ہے۔ اور اسکے فوراً بعد دو کاشتیں نیوں میں جن میں سے ایک ایگراگر (agar-agar) کی اور دوسری بخنی کے ویٹ (broth medium) کی ہوتی ہے تعلیم کر دیتی ہے، اور تھوڑا سا مواد آلودی پتھر (smear preparation) بنانے کیلئے شیشہ کے شریجہ (glass slide) پر لے لیا جاتا ہے تاکہ اسکی تلویں کی جاسکے۔ یہ سب کچھ عمل میں طیار کرنے اور نتائج سے مطلع کرنے کے لئے ارسال کیا جاسکتا ہے۔ یہ ضروری ہے کہ کاشتیں نمایاں اُسی وقت طیار کی جائیں کیونکہ کم تثبیت کے عضو جیسے جسم سے باہر نکالنے پر بہت جلد جاتے ہیں تاوقتیکہ ان کیلئے موزوں کاشتیں ویٹ بہم نہ پہنچایا جائے۔ حال ہی میں ہیل کے موادات میں ناہوا باش عضویات کی موجودگی پر بہت زور دیا گیا ہے۔

جراثیمیاتی تحقیقات کے لئے کفہ رحم میں پلاٹیم کے حلقہ کے ذریعہ سے مواد حاصل کرنا غیر ممکن ہے، اور اس نے لئے ایک خاص طریقہ کی ضرورت ہے۔ مریضہ کو سمس کی نیم کبوس وضع (Sims's semi-prone position) میں لٹا دیا جاتا ہے، اور سمس کا منظار

داخل کرنے کے بعد عنق کا مقدم لب ایک فشار (volsella) سے بڑھایا جاتا ہے۔ اسکے بعد عنق اور اس کی قنال کی تعقیم کسی دافع عفونت محلول مثلاً ٹیکوراکسائیڈ یا آئیوڈائی کے لگانے سے کر دی جاتی ہے اور اگر یہ قنال کافی حد تک تنگ ہو تو شیشہ کی ایک نلی ایک شیخ تک اس میں داخل کر دی جاتی ہے۔ عقیقہ روئی کا ایک پجارا (swab) ایک دستہ پر لگا کر اس نلی میں سے براہ راست کہنہ رحم میں گزار دیا جاتا ہے۔ اس پجارے سے فوراً کاشتیں اور فلم بنائے جائیں، یا اسے شیشہ کی ایک نلی میں بند کر کے سیدھا امراضیاتی معمل میں بھیج دیا جائے۔ یہ ضرور ماننا پڑے گا کہ دوران مزاولت فن میں عقیقہ نلی کا استعمال نہیں کیا جاتا، لیکن چونکہ قنال عنق کی مکمل تعقیم تقریباً غیر ممکن ہے اس لئے اس نلی کا استعمال ایک دانشمند احتیاط ہے۔ تحقیقات کے لئے کہنہ رحم میں سے سیبال حاصل کرنے کا ایک اور طریقہ ڈوڈرلین (Döderlein) یا سیوال (Sival) کی شیشہ کی نلی کا استعمال ہے جس کا قطر یہ تنگ ہوتا ہے اور جو رحمی مجسہ (uterine sound) کی طرح خمیدہ ہوتی ہے۔ اس نلی میں افراز شعری کشش کی وجہ سے داخل ہو جاتا ہے، اور اس کا منہ بند کر کے اسے ماہر جراثیمیات کے پاس بھیج دیا جاتا ہے۔

141

باقی کے ٹکڑوں مثلاً کھرچنوں (curettings) کو فوراً ۵ فیصدی فارمیسیلین (formalin) یا الکل میں رکھ دیا جائے۔ اس محلول میں یہ دو تین دن خراب ہونے کے بغیر رہ سکتی ہیں۔ جوف (curettage) کی حالت میں تمام کھرچنوں کو معمل میں بھیج دینا چاہئے، لیکن اس امر کے متعلق احتیاط کرنا چاہئے کہ ان کو نمک کے طبعی محلول سے دھو کر جتنا خون علیحدہ کیا جاسکے علیحدہ کر دیا جائے۔

خون کا امتحان۔ سرایتی اور التہابی حالتوں میں تشخیصی مقاصد کے لئے خون کا مکمل تفریقی شمار اکثر بہت مفید ہوتا ہے۔ عفونت الدم (septicæmia) میں سرایتی عضو خون سے حاصل کئے جاسکتے ہیں۔ لیکن اگر کاشت پر یہ پیدا نہ ہوں تو اس سے نظامی سرایت متبہنی قرار نہیں دی جاسکتی۔ خون میں صرف قبل از موت ہی عضو بڑے بڑے تعداد میں موجود ہوتے ہیں۔ مزید برآں خاص خاص صورتوں میں نوعی تغایلات خون کی ضرورت ہوتی ہے، مثلاً انفک کے لئے واسرین کے امتحان کی، یا سوزاک کے لئے مستم تبہنی امتحان (complement fixation test) کی یا مرض کیبیہ (hydatid disease) کیلئے تربہنی امتحان (precipitation test) کی۔

بولی نظام کا امتحان

ماہر امراض النس کے مشاہدہ سے اکثر ایسی حالتیں مثلاً بوتل کے طبیعی اختلالات، التهاب مثانہ (cystitis)، التهاب حوض گردہ (pyelitis) مثانہ میں خارجی اجسام کا وجود سقوط مثانہ، ناسور مثانہ (vesical fistula) گزرتی ہیں، اور ان کے ساتھ تناسلی قنال کے ضررات اکثر موجود ہوتے ہیں۔ ان حالتوں کی تحقیق کرنے کے لئے سریری طریقوں مثلاً مثانہ بینی (cystoscopy) اور جالبین میں قاساطیر گزارنے کی ضرورت ہوتی ہے، مگر ان کے مفصل بیان کے لئے دوسری کتابوں کو دیکھنا چاہئے۔

پیشاب کے جزو میانی امتحان کی ضرورت اکثر یہ دیکھنے کے لئے ہوتی ہے کہ آیا بولی خطہ کے بالائی حصہ میں سرائی حالتیں مثلاً التهاب حوض گردہ موجود ہیں یا نہیں۔ اس کام کیلئے جو نمونہ امتحان کیلئے لیا جائے اسے خاص احتیاط سے حاصل کرنا چاہئے۔ ایک بوتل اور ایک کاگ، اور ایک قاساطیر کو دس منٹ تک جوش دینا چاہئے تاکہ وہ بالکل عقیم ہو جائیں۔ پھر صاف ہاتھوں سے شفر تین کو علیحدہ کر کے درلیز اور ہیلی دہنہ کو پجاروں سے کسی دفع عفونت محلول مثلاً ۱۔ ۴۔ ۴ بن آئیوڈائیڈ آف مرکری (biniodide of mercury) سے صاف کیا جاتا ہے۔ اس کے بعد ایک پجارے کو اس محلول میں تر کر کے ہیلی قنال کے صرف ابتدائی حصہ ہی میں داخل کر دیا جاتا ہے۔ پھر قاساطیر منفذ بول میں داخل کر دیا جاتا ہے۔ اور پیشاب ایک عقیم بوتل میں براہ راست جمع کر لیا جاتا ہے جو عقیم کاگ کے ساتھ فوراً بند کر دیا جاتی ہے۔ انجام کار اسے محفوظ کر کے محل میں بھیج دیا جاتا ہے۔

شعاع نگاری

(RADIOGRAPHY)

نسائیات میں مریضوں کا امتحان کرنے کیلئے شعاع نگاری کے طریقوں کا استعمال بالعموم نہیں کیا جاتا، کیونکہ اعضائے حوض تک قاعدہ تحقیقات کے زیادہ بلا واسطہ طریقوں ہی سے

بآسانی رسائی ہو سکتی ہے۔ اس طریقہ تشخیص کا جدید ترین استعمال فلوی نیلیوں کا افتتاح معلوم کرنے کیلئے کیا جاتا ہے جب دروں شکمی مرض کی تشخیص کیلئے استرواج باریٹون (pneumo-peritoneum) اول اول رائج ہوا تو گیس کو باریٹونی ناچہ میں پہنچانے کا یہ طریقہ تھا کہ اس کو دباؤ کے زیر اثر رحم اور فلوی نیلیوں کے راستہ سے داخل کیا جاتا تھا۔ اس سے یہ بات بھی فوراً ظاہر ہو گئی کہ اسی طریقہ کو ایک طرف تو فلوی نیلیوں کے افتتاح کا اور دوسری طرف انکی مسدودیت کا مظاہرہ کرنے کے لئے بھی استعمال کیا جاسکتا ہے۔ اس طریقہ کی مدد سے معتد بہ تحقیقات کی جا چکی ہے اور اب اس کی اہمیت بطور طریقہ تشخیص بخوبی تسلیم کی جا چکی ہے۔ جس ترکیب سے انوبی نفوخ (tubal insufflation) کیا جاتا ہے اس کا بیان کسی آئندہ باب میں دیا گیا ہے (دیکھو عقم صفحات 206 و 208)۔

کہنہ رحم میں ہوا یا کاربن ڈائی آکسائیڈ کی بجائے ایسے محلولات کا اشراب کیا جا چکا ہے جو لاشعاعوں کے لئے غیر شفاف ہیں جیسا کہ ”لیپائیڈول“ (lipiodol) کا محلول۔ اس کے بعد حوض کی شعاع نگاری کی جاتی ہے تاکہ یہ معلوم ہو جائے کہ آیا یہ مادہ کسی ایک نلی میں یا دونوں نلیوں میں اکٹھا کر رہ گیا ہے جس سے شکمی دہنہ کی مسدودیت ظاہر ہوگی یا یہ نلیوں میں سے بغیر کسی رکاوٹ کے گزر کر حوض میں منتشر ہو گیا ہے یا نیچے جا کر ڈگلس کی جیب کے فرش پر بیٹھ گیا ہے۔ اس امر کا دعویٰ بھی کیا جاتا ہے کہ اس طریقہ سے نہ صرف تسد کا وجود ہی شناخت کیا جاسکتا ہے (شکل ۱۰۰) بلکہ اس کا صحیح صحیح محل وقوع بھی معلوم کیا جاسکتا ہے۔ یہ طریقہ اس نقطہ نظر سے کو یقینی طور پر مفید ثابت ہوتا ہے لیکن صرف اداری مطلب ہی کے لئے موزوں ہے۔ مزید برآں یہ خیال بھی حال ہی میں پیش کیا گیا ہے کہ فلوی نلی میں مادہ غریبہ کا اشراب خطرہ سے خالی نہیں اور ممکن ہے کہ اس سے سخت الحاد انتہائی ضررات پیدا ہو جائیں جن کے باروری (fertility) میں خلل انداز ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ کسی نفوخ کی مدد سے صرف اتنا معلوم ہو سکتا ہے کہ آیا نلیاں منفتح ہیں یا نہیں۔ اور جو کچھ معلوم کرنا ضروری ہوتا ہے وہ بھی صرف اتنا ہی ہے۔ یہ طریقہ علاوہ اسکے کہ اس کا استعمال عام طور پر کیا جاسکتا ہے کافی آسان اور معتبر بھی ہے اور اس لئے اس کا شمار تشخیص کے مسلمہ طریقوں میں کرنا چاہئے۔

زمانہ اعضائے حوض کے امراض میں شعاع نگاری (radiography) کا دوسرا استعمال یہ ہے کہ اس سے رحم اور مثانہ میں داخل کئے ہوئے اجسام غریبہ معلوم کئے جاسکتے ہیں

اور ویری مسخوطی سلعہ (cystic teratoma) جس میں دانت یا بڑیاں ہوتی ہیں اور رحم کے
 یعنی عضلی سلعات (fibro-myomata) اور حالب اور مثانہ کے حصیات (calculi) کی
 تحقیقات کی جاسکتی ہے اور کبھی کبھی متحجر جنین (lithopædion) کی تشخیص میں بھی اس سے
 مدد لی جاسکتی ہے۔

اگر حالب کے ممر میں حصیات دکھائی دیں تو ان کو ویری حصیات (phleboliths)
 یا ٹنگس یا قنطہ لمفی غدوسے خلط لط نہ کرنا چاہئے اور بعض مثالوں میں تکمیل تشخیص کے لئے رحم
 میں قاسا طیر کا لگا دینا یا "یوروسی لیکٹان" (uroselectan) کے فریج سے حالبین کی
 شعاع نگاری کرنا ضروری ہوتا ہے۔

حصّة دوم

عمومی امراض النساء

حصہ دوم - باب اول

نمو کے فتورات

تشوہات

(MALFORMATIONS)

بحث اسباب - زناہ تناسلی اعضا کے تشوہات کی زیادہ تعداد خلقی یعنی قبل از ولادت ہے۔ ان میں سے بعض کا تعلق حمل کے ابتدائی مہینوں سے ہوتا ہے، جیسا کہ کاذب خنثیت (pseudohermaphroditism) اور رحم اور مہبل کے تضاعف کا۔ اور بعض غالباً بہت دیر کے بعد نمودار ہوتے ہیں، مثلاً فرج کی مسدودیت کے مختلف اقسام۔ دیگر تشوہات بعد از ولادت ہیں اور نمو کے طبعی تغیرات کے جو دوران طفولیت اور سن بلوغ میں واقع ہوتے ہیں غیر مکمل رہ جانے سے پیدا ہوتے ہیں۔ انکی مثالیں رضیعی رحم (uterus infantilis) اور بلوغی رحم (uterus pubescence) میں پائی جاتی ہیں، جن میں جنینی اوصاف ممیزہ کی تبدیلی بلوغی اوصاف ممیزہ میں غیر مکمل رہ جاتی ہے۔ نقصان نما اکثر اوقات متعدد ہوتے ہیں اور مختلف نظامات اور ایک ہی نظام کے مختلف حصوں پر اثر انداز ہوتے ہیں۔

جو تبیی امور تشوہات کی پیدائش سے تعلق رکھتے ہیں ان کے متعلق ہمیں کچھ علم نہیں۔ حال ہی کے تجربات سے یہ ظاہر ہوا ہے کہ بیضہ کے نمو کا امر ”فی الزجاجہ“ (in vitro) تغذیہ کے اختلالات اور خفیف فرتجی اثرات سے ایک بہت بڑی حد تک تبدیل ہو جاتا ہے۔ چنانچہ بند کون کے بیضوں کو مختلف دھاتوں مثلاً لیتھیئم، سٹرانٹھیئم اور کلسیئم کے نمکوں کے بہت

رقیق ارتکازات میں رکھنے سے شوکہ مشقوقہ (spina bifida) اور علم دہا (anencephalus) وغیرہ کے سے بڑے بڑے تشوہات کا پیدا کرنا ممکن ہے۔ لہذا قدرتی افرازات مثلاً رحم کے افراز کا جو اثر انسانی بیضہ پر نو سے قبل ہوتا ہے وہ دلچسپی سے خالی نہیں، اور اس سے اس قدیم نظریہ کی از سر نو تائید ہوتی ہے کہ "ناتندرست دروں رحمہ" نہ صرف اسقاطِ رحمی کا باعث ہو سکتا ہے، بلکہ بعض خلقی تشوہات کا موجب بھی ہو سکتا ہے۔ طبعی ہمو کے دوران میں ایسی حالتوں کے عمل میں آنے کے متعلق کوئی بلا واسطہ ثبوت حاصل کرنا اگرچہ ناممکن نہیں لیکن مشکل ضرور ہے۔ سریری مثلاً سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ وراثت اور والدینی آتشک ہی محض ایسی کیفیتیں ہیں جن سے اس قسم کے غیر مساعد اثرات جائز طور پر منسوب کئے جاسکتے ہیں جن سے متاثر ہوتا ہے۔ موصوفہ الذکر کا مشہور و معروف اثر جس سے قبل الولادت موت واقع ہوتی ہے اس امر کی سب سے بڑی دلیل ہے کہ ہمو کے طبعی مہر سے منصرف ہو جانے کا ممکن سبب آتشک ہی ہے۔

رحم مہبل اور فرج کے تشوہات

رحم دو طریقی قناتوں کے وسطی حصہ سے جن کے باہمی اتحاد سے ایک نلی طیار ہوتی ہے نمونہ جاتا ہے۔ اسی طرح مہبل بھی انہی قناتوں کے زیریں یا ذنبی حصوں سے طیار ہوتی ہے۔ تشوہات کی زیادہ تعداد کسی نہ کسی درجہ پر طبعی عمل اتحاد کے رک جانے سے رونما ہوتی ہے جس سے ایک مابینی ترتیب دہی طور پر باقی رہ جاتی ہے۔ بعض اوقات اس قسم کی رکاوٹ سے طریقی قناتوں کے تمام رحمی اور مہبلی قطعے متاثر ہو جاتے ہیں، اور بعض اوقات اس کا اثر ان کے ایک حصہ تک ہی محدود رہتا ہے۔ علاوہ ازیں دونوں طرفوں میں غیر مساوی نمو بھی واقع ہو سکتا ہے۔ ایک طرف کا نشو و نما مکمل رہ جاتا ہے، اور دوسری طرف پہلی طرف کی مکمل مشارکت کے بغیر ہی اپنے نشو و نما کے طبعی عمر کو ختمی الامکان جاری رکھتی ہے۔ تشوہات کی ایک عام ترین مثال یہ ہے کہ دورانِ نمویں ایک اہم جزو نامکمل رہ جاتا ہے، یعنی دونوں قناتوں میں اتحاد واقع نہیں ہوتا، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ سالم رحم اور مہبل، یا ان کے کچھ حصے متضاعف ہو جاتے ہیں۔

145

مستزاد رحم (Accessory Uterus)۔ یہ نقص نادر الوقوع ہے، اور دوسرے رحم (مض جسم) کی موجودگی پر مشتمل ہوتا ہے جس کے ساتھ ضمیمے (adnexa) یا مہبل نہیں ہوتی۔

اور اس لحاظ سے یہ متضاد رحم کے متذکرہ ذیل مختلف اقسام سے تمیز کیا جاتا ہے۔

رحم کا عدم وجود اور ناقص نمو۔ رحم کا مکمل عدم وجود اگر کبھی پایا بھی جاتا ہے تو نہایت نادر الوقوع ہے۔ اس کے جو واقعات درج کئے گئے ہیں وہ غالباً کاذب حقیقت کی مثالیں ہیں (دیکھو نیچے)۔ نمو کا نسا یاں ترین نقص ناقص النمو رحم (uterus rudimentarius) کے نام سے موسوم ہے جو عضلی اور لیفی بافت سے مرکب ہوتا ہے اور جس کا جسم یا تو ٹھوس ہوتا ہے اور یا اس میں ایک بہت غیر مکمل قنال ہوتی ہے بعض اوقات رحم میں ایسے خواص باقی رہ جاتے ہیں جو بوقت پیدائش طبعی ہوتے ہیں، بالفاظ دیگر رحم کا نمو زائد شیرخوارگی میں ترقی نہیں کرتا جنینی رحم (uterus foetalis) یا رضیعی رحم (uterus infantilis)۔ اس قسم میں عرق رحم جسم رحم کے مقابلہ میں زیادہ لمبی اور زیادہ موٹی اور تقریباً مخروطی ہوتی ہے۔ اس عضو کا تمام طول اتنا ہے اسی طرح ہوتا ہے اور جسم اور عرق کی عناقے فحاطی مستقر صا شکن دار ہوتی ہے۔ نیز قنالی نلیاں اور مہبل بھی عموماً ناقص النمو ہوتی ہیں بعض اوقات اس کا موسن بلوغ کے طبعی تغیرات کے نمودار ہونے سے قبل ہی رک جاتا ہے، جس سے بلوغی رحم (uterus pubescens) پیدا ہوتا ہے۔ اس قسم میں جسم اور عرق کا طول تقریباً مساوی ہوتا ہے اور تمام عضو جاست میں چھوٹا ہوتا ہے۔ نلیاں اور مہبل بھی عام طور پر اس نقص میں شریک ہوتی ہیں۔

نورحم کے سابق الذکر نقص عمل حیض کے کم و بیش مکمل فقدان کا باعث ہوتے ہیں۔ بلوغی رحم کے موجود ہونے کی حالت میں حیض بعض اوقات قلیل مقدار میں اور بے قاعدہ طور پر آتا ہے۔ ناقص نمو کے دوسرے دونوں شدید تر اقسام میں مطلق بے طہیثیت پائی جاتی ہے۔ جن عورتوں میں یہ نقص موجود ہوتے ہیں انکی حالت دیگر لحاظات سے طبعی ہوتی ہے اور وہ اکثر اوقات شادی بھی کر لیتی ہیں۔ انکی تشخیص معدوم حس کے زیر اثر محتاط امتحان کرنے سے کی جا سکتی ہے جبکہ رحم کی چھوٹی جاست و دوستی امتحان اور مجسمہ (sound) کے ذریعہ سے معلوم کی جا سکتی ہے۔ یہ امر یاد رکھنا چاہیے کہ ان حالتوں میں بعض اوقات عرق پوری جاست کی معلوم ہوتی ہے لیکن خاص توجہ جسم رحم ہی کی طرف کرنا چاہیے۔

عنق کالم تکون اور بے انتقابی (Hypoplasia and Atresia of the

Cervix) - اس حالت میں قنال عنق بعض اوقات بالکل پیدا نہیں ہوتی، اور عنق کی جگہ یعنی اور عضلی بافت کا ایک ٹھوس گندہ موجود ہوتا ہے۔ جزوی اقسام زیادہ عام ہیں جن میں قنال صرف ایک ہی مقام پر سدود ہوتی ہے، اور ایسی بدشکلی کا عام ترین محل وقوع تنگ نائے (isthmus) ہے۔ بعض اوقات جزوی بے انتقابی کی حالت میں ایک قنال موجود ہوتی ہے جس میں ایک باریک سلاخی داخل ہو سکتی ہے۔

یہ حالتیں سریری نقطہ نظر سے اہم ہیں کیونکہ ان سے رحمی اجتماع الدم (haematometra) اور انیوبی اجتماع الدم (haematosalpinx) پیدا ہوتے ہیں۔ لہذا ایسی بدشکلی کی اصلاح کرنے کی ضرورت کو پیش کرنا چاہئے۔ اور اس کے لئے زیادہ پسندیدہ طریقہ تشکیلی عملیہ ہی ہے، جس میں مثلاً کو اچھی طرح سے علیحدہ کرنے کے بعد تنگ نائے کو سامنے لے آتے ہیں۔ پھر کفہ رحم کو مقام تسد کے اوپر رکھول دیا جاتا ہے، اور ہبل کو اس کے نیچے سے۔ بعد ازاں اس ساخت کا جو ان کے درمیان حائل ہوتی ہے استیصال کر دیا جاتا ہے، اور رحم کی غشاء مخاطی ہبل کی غشاء مخاطی سے ملا دی جاتی ہے۔ اس عملیہ کا بدل یہ ہے کہ بہ صیانت بیضین رحم کا استیصال کر دیا جائے۔

بے انتقابی عنق کی ایک قلیل الاءہیت قسم وہ ہے جو سوزنی قم رحم مع عنق مخروطی (pin-hole os with conical cervix) کے نام سے تعبیر کی جاتی ہے۔ ان حالتوں میں عنق کا ہبلی حصہ اسطوانہ نما ہونے کی بجائے اپنی طبعی جسامت سے چھوٹا ہوتا ہے، اور محکوس مخروط کی شکل کا ہوتا ہے، اور قم خارجی زاویہ راس پر واقع ہوتا ہے۔ عنق کی یہ حالت پیش غبیہ جسم اور اسکی زیر طبعی جسامت کے ساتھ پائی جاتی ہے۔ سریری طور پر عسر الطمث (dysmenorrhoea) اور عقم (sterility) ایسے مریضوں میں اکثر پائے جاتے ہیں۔ عنق کی غیر طبعی شکل اور جسامت کی بلا واسطہ اہمیت کم ہے، مگر یہ حالتیں اس امر پر دلالت کرتی ہیں کہ رحم کے ناقص بننے کی ایک عمومی حالت موجود ہے۔

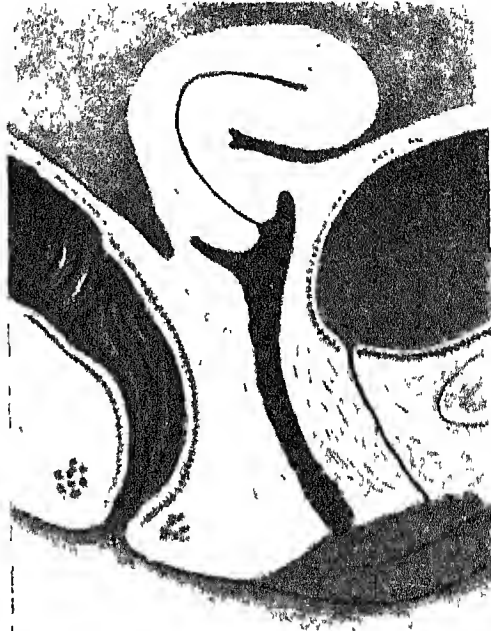
ان حالتوں میں، اور نیز ایسی مثالوں میں بھی جن میں عنق کا ہبلی حصہ دوسرے لحاظات سے طبعی ہوتا ہے، قم خارجی قاعدۃ غیر طبعی طور پر چھوٹا ہوتا ہے۔ اس قم کی جو غیر طبعی طور پر صغیر الجسامت ہوتا ہے شکل گول ہوتی ہے، اور اکثر اوقات اسے سوزنی قم رحم (pin-hole os)

کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ اگرچہ اسکی جسامت پن جیچن (pin-prick) سے بڑی ہوتی ہے، لیکن مجبہ رحم (uterine sound) کا سراو اخل کرنے کیلئے بہت چھوٹی ہوتی ہے۔ کبھی کبھی فہم داخلی بھی غیر طبعی طور پر چھوٹا ہوتا ہے، مگر مجبہ رحم کا سرا اس میں سے قاعدہ آسانی گزر جاتا ہے گو بعض اوقات معتد بہ وقت بھی پیش آتی ہے، اور عنق اسے مضبوطی سے پکڑ لیتی ہے۔

رحم کی ناقص التلون حالتوں کے ساتھ جسم رحم کی با عنق کی یادوں کی خمیدگی بالعموم باقی جاتی ہے۔ یہ بدشکلی عموماً عنق کی حاد پیش خمیدگی کی شکل میں موجود ہوتی ہے، اور ساتھ ہی عنق کا مقدم لب ناقص النگو ہوتا ہے۔ یہ تشوہ (malformation) "تکڑو نہ نما رحم" (cochleate uterus) کے

نام سے موسوم ہے، مگر اس کا بہتر نام شاید "صغیر الجسامت خمیدہ رحم" (small flexed uterus)

ہوگا (شکل ۱۰۱)۔ عنق کی جسامت ہمیشہ چھوٹی ہوتی ہے، اور یہ آگے کی طرف کو حاد طور پر خمیدہ ہوتی ہے، اور تقریباً اسطوانہ نما ہونے کی بجائے کم و بیشیں تکلیلی یا مخروطی ہوتی ہے۔ فہم خارجی کی جسامت بھی طبعی جسامت سے چھوٹی ہوتی ہے۔ اس حالت کو



شکل ۱۰۱۔ صغیر الجسامت خمیدہ رحم

(small flexed uterus) (تکڑو نہ)

نارجم (cochleate uterus) کی سہمی تراش۔ صغیر الجسامت ناقص النگو عنق جسم رحم پر حاد طور پر خمیدہ ہے، جو خود بھی صغیر ہے۔ فہم خارجی کا رخ آگے کی طرف، کو شانہ کے قاعدہ کی طرف ہے۔

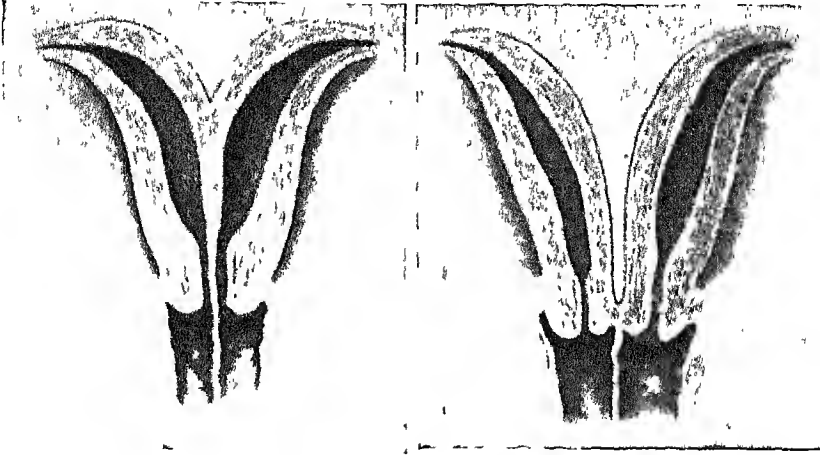
جس میں رحم چھوٹا ہوتا ہے مگر غیدہ نہیں ہوتا رحم کے کم تکون (hypoplasia) کی ایک خفیف شکل ضرور تصور کرنا چاہئے۔ یہ اکثر بیس گرویدہ ہوتا ہے اور "ہسلی حصہ" (portio) چھوٹا ہوتا ہے، مگر اس کے دوسرے خواص طبی ہوتے ہیں، اور ہسلی قبوے نسبتہ وسیع اور فراخ ہونے کی بجائے تنگ اور دبے ہوئے ہوتے ہیں۔ اس قسم کے رحم بعض اوقات ان عورتوں میں پائے جاتے ہیں جن کی صحت بہت اچھی ہوتی ہے اور جو جسمانی ورزش کی شائق ہوتی ہیں۔ رحم کے کم تکون اور اس کی بے انتقابی سے تعلق رکھنے والے چھوٹے چھوٹے نقائص سریری طور پر اہم ہیں، کیونکہ ان کے ساتھ حیضی درد اور عقم جیسے فعلی فنورات اکثر پائے جاتے ہیں (دیکھو صفحہ 183 و 204)۔

147

تضاعف رحم (Duplication of the Uterus)۔ متضاعف رحم کی ہمیں چھ قسمیں معلوم ہیں جو اشکال ۱۰۲ تا ۱۰۷ میں ظاہر کی گئی ہیں۔ بعض اوقات ہر ایک ٹری قنات دوسری سے کسی قسم کا تعلق رکھنے کے بغیر نشو و نما پاتی ہے، اور اپنی ریشمی نلی سے علیحدہ رہتی ہے اور ان میں اتحاد بالکل واقع نہیں ہوتا۔ اس بے قاعدگی سے دو رحم پیدا ہو جاتے ہیں جن کا سوائے عسفی ہسلی مقام اتصال کے آپس میں اور کوئی تعلق نہیں، تو نایہ حالت رحم مضاعف (uterus didelphys) کے نام سے موسوم کی گئی ہے (دیکھو شکل ۱۰۲)۔ ایسی حالتوں میں ہسلی میں بھی دو علیحدہ علیحدہ قنالیں ہوتی ہیں جو ایک دوسرے سے ایک وسطی فاصل کے ذریعہ سے جدا ہوتی ہیں، اور ہر ایک میں ایک ایک طبی خون اور ایک ایک قلم خارجی پایا جاتا ہے۔ فرج ایک ہی ہوتی ہے، اور پردہ بکارت بھی قاعدہ ایک ہی ہوتا ہے۔ دونوں رحموں کے درمیان جو درز باقی رہ جاتی ہے اس میں سے اکثر باریطون کا ایک دہرا گذرتا ہے جو مثانی مستقبلاتی رباط (vesico-rectal ligament) کے نام سے موسوم ہے۔ رحم مضاعف (uterus didelphys) کے ایک واقعہ کا اندراج کیا جا چکا ہے جس میں ہر ایک رحم دو جانبی ادنی فتق (bilateral inguinal hernia) کے تاجہ میں داخل ہو گیا تھا۔ کسی ایک طرف کی عسفی یا ہسلی کے کسی حصہ میں کبھی کبھی بے انتقابی (atresia) پائی جاتی ہے۔ ہر نصف تقریباً اسطوانہ نما ہوتا ہے، اور باقاعدہ طور پر منویا قلم عضو کی تاشی پاتی نما مخصوص شکل دونوں قناتوں کے اتحاد کا نتیجہ ہوتی ہے۔

بعض حالتوں میں ٹری قناتوں کے رحمی حصوں کے بالائی حصے علیحدہ علیحدہ رہتے ہیں،

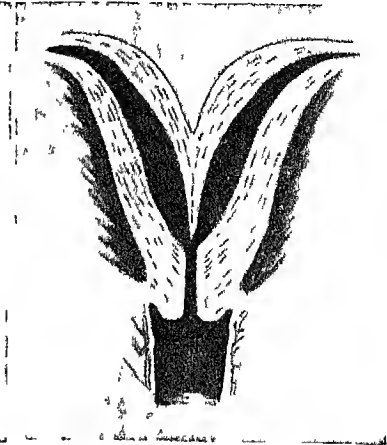
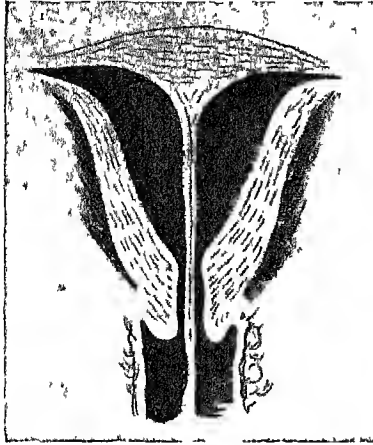
اور زہرین حصے نامکمل طور پر متحد ہو جاتے ہیں جس سے مقابل کی دیواریں مل جاتی ہیں، اور ان کے درونے ایک دوسرے سے علیحدہ رہتے ہیں۔ عنق محض ایک ہی ہوتی ہے، لیکن ایک وسطی فاصل کے



شکل ۱۰۳۔ دو قرنی و عنقی رحم (uterus bicornis bicollis)۔ عنق اور جسم رحم کے زہرین حصہ میں اتحاد واقع ہو چکا ہے، لیکن یہ غیر مکمل ہے کیونکہ ان کے درونے واضح ہیں۔ ہبیل ایک وسطی فاصل کے ذریعہ سے دو حصوں میں منقسم ہے جو اوپر کی طرف عنق کے اندر تک چلا گیا ہے

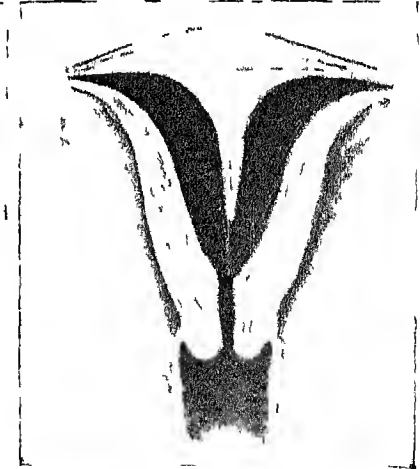
شکل ۱۰۲۔ رحم مضاعف (uterus didelphys)۔ دو رحم بن جاتے ہیں جو ایک دوسرے سے ایک گہری تجوئیف سے علیحدہ ہوتے ہیں جو نیچے کی طرف عنقی ہبیل مقام اتصال تک چلی جاتی ہے۔ دو واضح ہبیل قنائیں موجود ہوتی ہیں جن میں سے ہر ایک میں ایک ایک مکمل عنق موجود ہوتی ہے۔

ذریعہ سے دو حصوں پر منقسم ہوتی ہے، مزید برآں ہبیل بھی بالعموم مضاعف ہوتی ہے۔ اس قسم کو دو قرنی و عنقی رحم (uterus bicornis bicollis) کہا جاتا ہے (دیکھو شکل ۱۰۳)۔ اور اس کا عمومی خاکہ رحم مضاعف (uterus didelphys) سے زیادہ تر اس لحاظ سے مختلف ہوتا ہے کہ اس کے دونوں نصفوں کے درمیان کی درز کم گہری ہوتی ہے۔ بعض اوقات طہری قناتوں کے زہرین حصوں کا اتحاد اور آگے بڑھ جاتا ہے، اور ایک غیر منقسم عنق اور ہبیل بن جاتی ہے



شکل ۱۰۵۔ رحم منقسم (uterus septus)۔ اتحاد
ہر جانبیہ کیل ہے لیکن رحم کی باہری بناوٹ طبیعی ہے۔ اس کا کہنا
ایک وسیلہ ناسل سے منقسم ہو گیا ہے جو بزل میں چسلا
آتا ہے۔

شکل ۱۰۴۔ دو قونی یک عنقی رحم (uterus
bicornis unicollis)۔ کہنہ رحم دہرا ہے اور
عنق اور بزل میں صرف ایک ہی کہنہ ہے۔ رحم کے زیرین
نصف میں اتحاد مکمل ہو گیا ہے۔

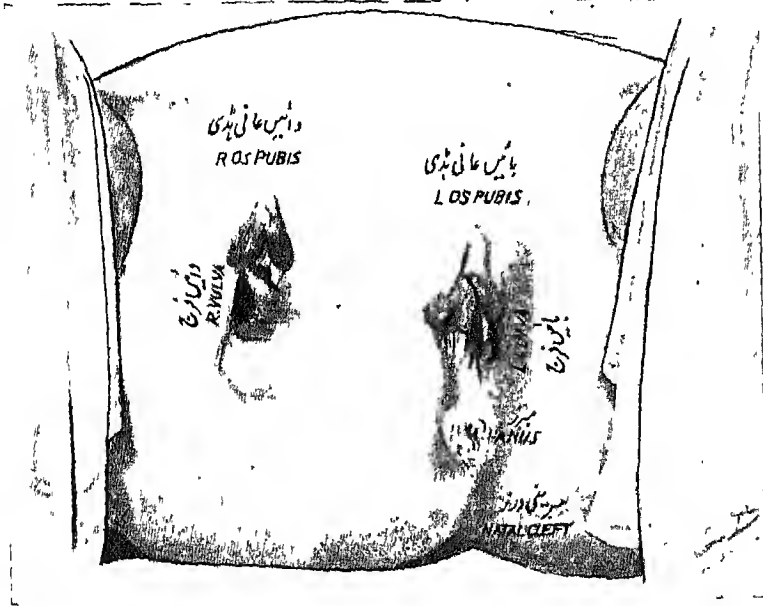


شکل ۱۰۶۔ ایک قونی رحم (uterus unicornis)
جسکے ساتھ دوسرا ناقص المنقوسہ نہ بھی موجود ہے۔

شکل ۱۰۹۔ رحم نیم منقسم (uterus subseptus)۔
اس میں اور شکل ۱۰۵ میں صرف اتنا فرق ہے کہ اس میں ناسل
فرد اخلی کے یوں ہے اور منقسم ہو گیا ہے عنق اور بزل ایک ہی میں۔

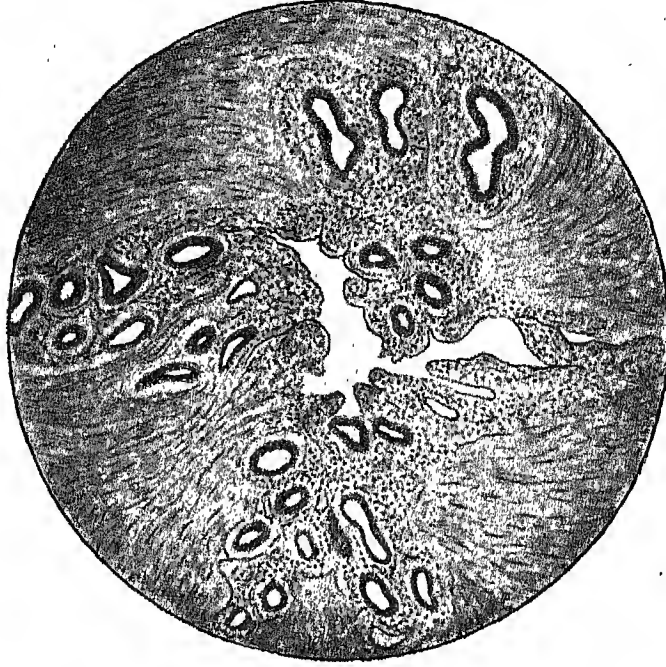
اوجہ رحم فہم داخل کے لیول سے اوپر تک متضاعف ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں مہلی امتحان کرنے پر عشق اور مہل طبی معلوم ہوتے ہیں۔ رحمی جسموں کی درمیانی درزشاذ و نادر ہی اتنی نمایاں ہوتی ہے کہ دوستی امتحان میں اس کی طرف توجہ مبذول ہو سکے۔ تاہم بعض اوقات مجستہ کے استعمال سے دو منفرد کہنے شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ یہ قسم دو قرنی یک عشقی رحم (uterus bicornis unicollis) کے نام سے تعبیر کی جاتی ہے (دیکھو شکل ۱۰۸)۔

149



شکل ۱۰۸۔ اعضاء تناسل کا تضاعف۔ (جیل اور پیرسن)۔

دوسری قسموں میں اتحاد اس حد تک پہنچ جاتا ہے کہ ایک واحد عضو بن جاتا ہے جس کی شکل رحم کی میبہر شکل کی طرح نامشپاتی نہ ہوتی ہے، لیکن درونے ایک وسطی فاصل کے ذریعہ سے مکمل یا جزوی طور پر ایک دوسرے سے علیحدہ رہتے ہیں۔ ان کو رحم منقسم (uterus septus) اور رحم نیم منقسم (uterus subseptus) کے ناموں سے موسوم کیا گیا ہے (دیکھو شکل ۱۰۵ و ۱۰۶)۔ قبل الذکر قسم میں فاصل قعر سے لے کر فہم خارجی تک چلا جاتا ہے،



شکل ۱۰۹۔ ایک قونی رحم (uterus unicornis) کی دیوار میں سے متعریٰ ترش۔
یہ ترش عضلہ رحم کی ایک موٹی تہ کو ظاہر کرتی ہے جس میں مخاطیہ گہرا نفوذ کر گیا ہے۔
اس حالت میں صرف ایک لری قنات نمایاں ہوئی ہے، اور از اندرون موجود نہیں تھا۔

150

اور بعض اوقات مہل میں بھی پہنچ جاتا ہے۔ منخر الذکر میں یہ فہم داخلی کے میول پر یا اس کے قریب ہی ختم ہو جاتا ہے۔ عنق اور مہل محض ایک ایک ہی ہوتی ہے۔ ان حالتوں میں جسم رحم کی شکل میں کوئی ایسی چیز نہیں ہوتی جو مذکورہ غیر طبعی حالتوں کی طرف توجہ دلائے۔

انہیں یہ ممکن ہے کہ ایک لری قنات بالکل غیر نمایاں رہے۔ اس حالت میں ایک انبوی رحم طیار ہو جاتا ہے جس کا میلان ایک طرف کو زیادہ ہوتا ہے۔ یہ ایک قونی رحم (uterus unicornis) کہلاتا ہے۔ ایسی حالتوں میں اکثر اوقات مقابل کی قنات ناقص، المنورہ جاتی ہے اور ایک لیفی جل یا بند کی شکل میں پائی جاتی ہے جس میں عام طور پر ایک غیر مکمل قنات ہوتی ہے،

اور یہ ایک قریبی رحم کی ایک طرف سے چپکی ہوتی ہے (دیکھو شکل ۱۰۷)۔ ایسی حالتوں میں بعض اوقات ناقص النمو طریقتات کی طرف کی فلوپی ٹی بخوبی نمایاں ہوتی ہے، لیکن ناقص النمو قرن شاؤ و ناوہی کہنہ رحم سے ربط و راہ رکھتا ہے۔ اس قسم کے ناقص النمو قرن میں کبھی کبھی خارج الرحم حمل واقع ہو جاتا ہے۔ جو امانت منویہ مقابل کی ٹلی سے نقل کر کے ڈگلس کی جیب کو عبور کرنے کے بعد اس میں پہنچ جاتے ہیں۔ ناقص النمو قرن کی عشا کے مخاطی عضلی ہیکل میں گہرا نفوذ کئے ہوتی ہے (دیکھو شکل ۱۰۹)۔ متضاعف رحم کے یہ چھ مسئلہ اقسام بلا شک و شبہ طریقتاتوں کے مقابل کے حصوں کے طبعی عمل اتحاد کے کسی نہ کسی درجہ پر رک جانے سے ظہور پذیر ہوتے ہیں۔ تضاعف کی ایک اور قسم بھی پائی جاتی ہے جس کی محض ایک ہی مثال درج کی جا چکی ہے (جمل: Gemmel اور پٹرین: Paterson)۔ اس میں تضاعف مکمل ترین ہوتا ہے، اور سابق الذکر اقسام کی نسبت یہ نمونہ بہت ابتدائی درجہ پر ہی پیدا ہو جاتی ہے۔ اس مثال میں ٹوکی مندرجہ ذیل غیر طبعی حالتیں موجود تھیں۔ (۱) عمود فقری کا زیرین حصہ جزوی طور پر دو حصوں میں منقسم تھا۔ (ب) بہت بڑا اور چوڑا استخوانی حوض موجود تھا۔ (ج) دو رحم تھے جو جانبی میلان کی وجہ سے ایک دوسرے سے بالکل علیحدہ علیحدہ تھے۔ (د) دو ہیلپس اور دو فرجیں تھیں۔ (س) دو مبال اور دو مثانے تھے۔ اس عورت کو ہر ایک تناسلی قنال سے جو ایک دوسرے سے میسر تھیں بچہ پیدا ہوا تھا۔ یہ بدشکلیاں غالباً مضغہ کی ابتدائی عمر میں اس کے ذہنی سرے کی جزوی دو فرجیت (dichotomy) سے پیدا ہوئی ہونگی (دیکھو شکل ۱۰۸)۔

تضاعف رحم کے سریری خواص۔ مضاعف رحم اگرچہ شکلیاتی نقطہ نگاہ سے بہت دلچسپ ہیں لیکن ان کی سریری اہمیت کم ہے۔ طبیعی طور پر یہ مکمل اعضا ہوتے ہیں اور عمل حیض اور استقرار حمل طبعی طور پر واقع ہوتا ہے، جس سے کسی خلاف قاعدہ حالت کی موجودگی کا کوئی مشبہ نہیں ہوتا۔ جریان حیض رحم کے دونوں نصفوں میں سے ہوتا ہے۔ اگر ایک نصف میں استقرار حمل ہوتا ہے تو حیض کا آثار دونوں رحموں میں سے قاعدہ بند ہو جاتا ہے۔ کبھی کبھی ہر ایک نصف میں بیضوں کے بیک وقت اقامت پذیر ہونے سے توام عمل کا استقرار ہو جاتا ہے اس حالت سے جنین برجنین (superfetation) کی ایک طرح سے توجیہ ہو جاتی ہے۔

فلوپی نلیاں اور بیضیں بالعموم طبعی طور پر نمونہ یافتہ ہوتے ہیں۔ حالت مذکور کا انکشاف اکثر اوقات سریری امتحان کے دوران میں دہری مہبل کے پائے جانے سے ہوتا ہے۔ کتخا عورتوں میں مہبل کا ایک نصف بالعموم متع یا پایا جاتا ہے اور دوسرا نصف حالت بکارت میں ہوتا ہے، لیکن بعض اوقات دونوں نصف بھی متع یا پائے گئے ہیں۔ رحم منقسم (septate uterus) کا سریری طور پر شناخت کرنا خاص طور پر مشکل ہے، کیونکہ اسکی خارجی شکل و شبہت طبعی ہوتی ہے۔ محبت (sound) کے استعمال سے بعض اوقات دو کھٹے معلوم کئے جاسکتے ہیں لیکن اس طرح امتحان کرنے کے لیے ہی بہتر ہوگا کہ دو محبوں کا استعمال کیا جائے، تاکہ دو کھٹوں کے موجود ہونے میں جو ایک دوسرے سے ایک فاصل کے ذریعہ سے جدا ہوتے ہیں کوئی شبہ باقی نہ رہے۔

151

متضاعف رحموں میں بھی سلعات لیفیہ (fibroid tumours) کے پیدا ہونے کا اتنا ہی امکان ہوتا ہے جتنا کہ طبعی رحموں میں ہوتا ہے، اور جو رحم ان سلعات کے پیدا ہونے کی وجہ سے نکالے جا چکے ہیں ان میں بہت سی ایسی غیر مشتبہ مثالوں کا انکشاف ہوا ہے۔ بعض اوقات صرف تضاعف رحم ہی انوی نقص کے طور پر موجود نہیں ہوتا، بلکہ عنق یا کسی دیگر حصہ مہبل کا ضیق (stenosis) بھی پایا جاتا ہے، جو ایک ہی طرف موجود ہوتا ہے اور دوسری طرف نہیں ہوتا۔ اس حالت میں سیال حیض تدو کے مقام کے اوپر جمع ہو جاتا ہے اور جانی مہبل اجتماع الدم (haematocolpos) یا رحمی اجتماع الدم (haematometra) پیدا ہو جاتا ہے۔ ان حالتوں کی سریریاتی تشخیص میں قدرتی طور پر دقت پیش آتی ہے، کیونکہ تشوہ کے کوئی خارجی امارات موجود نہیں ہوتے، اور مگر ہے کہ دوسری طرف سے حیض بھی طبعی طور پر آتا ہو۔ تسع حصہ اکثر اوقات غلطی سے نوساخت (neoplasm) تصور کیا جا چکا ہے۔ اور اسکی اصلی نوعیت صرف عملی ہی سے کھول کر دیکھنے سے ظاہر ہوتی ہے۔

تضاعف مہبل (Duplication of the Vagina) جب کبھی دو مہبلی

قنابلین موجود ہوتی ہیں تو یہ تقریباً ہمیشہ ایک دوسرے کے پہلو پہلو واقع ہوتی ہیں، اور مقدم موثر تعلق میں نہیں ہوتیں، مگر اس امر کے چند ایک مستثنیات کا اندراج بھی ہو چکا ہے۔ ان کا فاصل عضلی بانفت سے مرکب ہوتا ہے جس کی دونوں طرفیں فلسانی بہر حملہ سے پوشیدہ ہوتی ہیں۔ یہ اکثر اوقات غیر مکمل ہوتا ہے۔ اور نقص اسکے اوپر کئے یا نیچے کے نصف حصہ میں، یا اسکے وسطی حصہ میں پایا جاتا ہے۔ بعض اوقات مہبل مکمل یا جزوی طور پر متضاعف ہوتی ہے، اور

صرف ایک ہی رحم ہوتا ہے، لیکن بیشیز حالتوں میں یہ بھی متضاعف ہوتا ہے۔ ایک قرنی رحم (uterus unicornis) کے ساتھ بالعموم ایک ہی ہیمل ہوتی ہے جو ایک جانب کو نمایاں طور پر مائل ہوتی ہے، اور غیر طبعی طور پر چھوٹی ہوتی ہے۔

فرج اور ہیمل کی بے انتہابی کی حالتیں

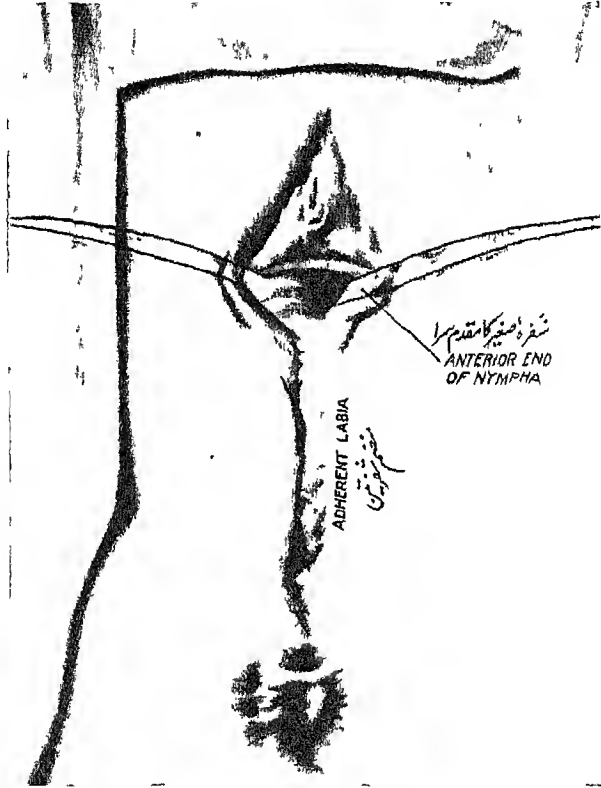
(ATRESIC CONDITIONS OF THE VAGINA AND VULVA)

ہیمل اور فرج کی بے انتہابی۔ ہیمل کی بے انتہابی (atresia) کے تین اقسام یا مدارج پائے جاتے ہیں۔ پہلی اور سب سے انتہائی قسم میں اس عضو کی جگہ ایک لیغی بند ہوتا ہے جس کے ابعاد اختلاف پذیر ہوتے ہیں۔ دوسرے درجہ میں قنال کا محض ایک حصہ ہی غیر منقبت ہوتا ہے، اور بقیہ قنال طبعی ہوتی ہے۔ تیسرے درجہ میں قنال کا کوئی ایک حصہ ایک متعرض پردہ سے مسدود ہوتا ہے جو گاہے سالم اور گاہے منقبت ہوتا ہے۔ ان تمام حالتوں میں فاصل کے نیچے فرج، اور اس کے اوپر رحم اور اس کے ضمیمے بعض اوقات طبعی طور پر بنو یافتہ ہوتے ہیں، اور نقص صرف ہیمل ہی میں پایا جاتا ہے۔ بخلاف اس کے کبھی کبھی رحم بھی متضاعف یا ناقص ہوتا ہے۔ اگر رحم اور بیض طبعی ہوں تو ہیمل کی مکمل بے انتہابی سے خواہ وہ کسی شکل میں موجود ہو طبعی مخفی (cryptomenorrhœa) کے علامات پیدا ہو جاتے ہیں (دیکھو صفحہ 165)۔

ایکی شناخت آسان ہوتی ہے کیونکہ عضو ماؤف تک بخوبی رسائی ہو سکتی ہے، لیکن ایسی حالتوں کی تشخیص کرنے میں یہ معلوم کرنا ایک اہم امر ہے کہ آیا رحم اور بیضیں طبعی طور پر بنو یافتہ ہیں یا نہیں۔ اگر وہ طبعی طور پر بنو یافتہ ہیں تو علیہ کے ذریعہ سے پوری تناسلی قنال کو ایک بنایا جاسکتا ہے۔ اور اگر وہ طبعی حالت پر نہیں تو یہ امر مشکوک ہے کہ آیا ہیملی تندہ کا عملیتی علاج قرین مصلحت ہے یا نہیں۔ ایسی چند حالتوں میں عورت کو قابل ازدواج بنانے کے لئے ہیمل کی عملیتی کو بن عمل میں لائی جاتی ہے، اگرچہ افعال حیض و تولید کی عدم موجودگی قطعاً اصلاح پذیر نہیں ہوتی۔ اس قسم کے مریضوں میں جدید قنال ہیمل بنانے کے لئے معائنے صغیر کا ایک چنبر استعمال کیا گیا ہے۔ ہمدی رائے میں اس عملیہ کے جواز کے لئے بہت ہی کم وجوہ موجود ہیں۔

اس بے انتہابی کے خفیہ سے مدارج کا علاج اسی اصول پر کیا جاسکتا ہے جس پر

عشق کی بے انتہائی کا کیا بتا ہے، یعنی نقص سے اوپر اور نیچے کی ایسی مخاطی غشاؤں کو ملا دیا جائے۔
فرج کی بے انتہائی (Vulval Atresia) متذکرہ صدر بے انتہائی کے



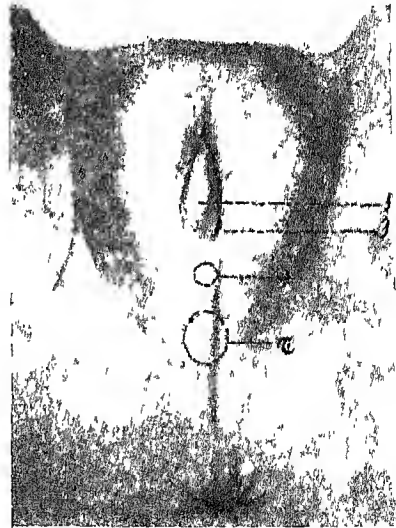
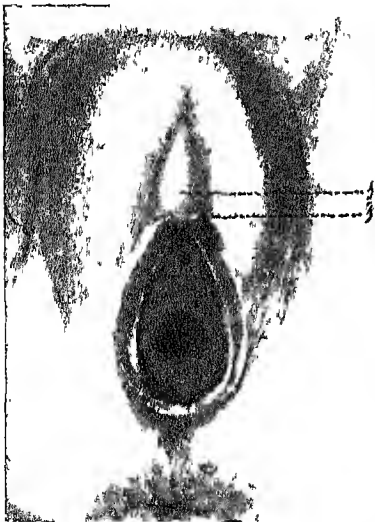
شکل ۱۱۰۔ بالغ عورت میں فرج کی سطحی بے انتہائی (superficial atresia)۔
شفر تین صغیر کے مقدم سروں کو دوختوں کے ذریعہ سے کھینچ کر الگ کر دینے سے ایک
تنگ روزن دکھائی دیتا ہے جو مہل کو ہاتا ہے، بطور غیر متناثر دکھائی دیتا ہے۔

مقابلہ میں نہایت ہی نادر الوقوع ہے۔ فرج کی مکمل عدم موجودگی (فقدان فسر ج defectus
vulvæ: مخص جنینی مسخولات (monstrosities) ہی میں پائی جاتی ہے جو از خود زندہ

نہیں رہ سکتے۔

فرج کی سطحی بے انتہائی زیادہ کثرت کے ساتھ پائی جاتی ہے۔ یہ یا تو شفرتین صغیر اور شفرتین کبیر کے موخر حصوں کے آپس میں منغم ہو جانے سے ظہور میں آتی ہے، اور یا محض شفرتین صغیر ہی کے منغم ہو جانے سے پیدا ہوتی ہے، اور شفرتین کبیر مسدودیت میں کوئی حصہ نہیں لیتے (دیکھو شکل ۱۱۰ و ۱۱۱)۔ مذکورہ بالا ہر ایک حالت میں یہ عارضہ الہتہابی عمل کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے جو ولادت سے قبل یا زمانہ طفولیت میں واقع ہوتا ہے۔ شکل ۱۱۱ اس قسم کی ایک مثال کو ظاہر کرتی ہے جس کا علاج ہم میں سے ایک (سی۔ ایل) نے کیا ہے۔ غشائے سادہ بظرف سے لیکر تین الشفرتین (fourchette) تک پہنچتی تھی جس کی وجہ سے دبیز، بولی منفذ، پردہ بکارت، مورچ مہل اور

153



شکل ۱۱۲ ۱۱۱ ہے جس میں غشائے سادہ کا اتصاف کر دیا گیا ہے۔

شکل ۱۱۱۔ فرج کی سطحی مسدودیت۔ ل۔ بفر۔ ک۔ وہ عوف ہے جس میں سے حیف اور پیشاب آتا تھا۔ ب اور ج مہالی اور مہلی دھنوں کو ظاہر کرتے ہیں۔

حضور ذوقیہ نظر نہیں آتے تھے (دیکھو شکل ۱۱۱ و اشکال ۱۱۲ و ۱۱۳)۔ بظراغلی طرف نظر آتا ہے (ل) اور ایک تنگ مجرلی (ک) بظراغلی عین نیچے موجود تھا۔ اس جھوٹے سے مجرلی سے جینی افزا

ہوتا ہے۔ اس طرح ساڈا یا فراہم یا تو اس فاصل سے جتنا ہے جو غیر منشعب طری قنات کے زیرین سرے کا قائم مقام ہوتا ہے، اور یا پردہ بکارت کے عدم انتقاب سے جو اس حالت میں ایک مکمل مستعرض فاصل کی شکل میں موجود ہوتا ہے۔ یہ یاد ہو گا کہ پردہ بکارت طری بصلوں (Müllerian)

(bulbs) سے طیار ہوتا ہے جو طری قناتوں (Müllerian ducts) کے زیرین سرے کے اطراف پر واقع ہوتے ہیں۔ مسدودیت کی اول الذکر قسم میں لمبی پردہ بکارت پایا جاتا ہے جو نیچے کی جانب اور نیچے، یعنی غشاءے راو سے باہر کی طرف واقع ہوتا ہے۔ دوسری قسم میں غشاءے ساڈ کے علاوہ پردہ بکارت کا شائبہ بھی نہیں پایا جاتا۔ شفرٹن کو علیحدہ کرنے کے بعد یہ غشاء باسانی نظر آ سکتی ہے۔ اس کی رنگت ہم پہلو مٹھی سطوں کی طرح گلابی ہوتی ہے، اور اس پر

155

ایک نحیف سی وسطی سیون (median raphe) موجود ہوتی ہے (دیکھو صفحہ ۷۷)۔ اس کی وازت اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ باریک قسم کی غشائیں نیم شفاف ہوتی ہیں، اور غوں کی تاریک رنگت جس سے مہل پر ہوتی ہے اس میں سے دکھائی دیتی ہے۔ یہ غشاء عام طور پر ذرا سی ابھری ہوتی ہے، اور کھانسنے پر اس میں واضح صدمہ محسوس ہوتا ہے۔ اس کی ساخت خزنیہ امتحان کے لئے ایک ٹوکڑا لیکر اس کی سطح سے زاویہ قائمہ پر تراشیں کاٹنے سے معین کی جاسکتی ہے۔ سرطی خلافت کی نوعیت کی طرف زیادہ توجہ کرنا چاہئے۔ اس کی خارجی سطح تمام حالتوں میں اُسی قسم کے مطابق فلسمانی سرملہ سے پوشیدہ ہوتی ہے جس سے مہل پوشیدہ ہوتی ہے۔ اس کی داخلی سطح پر بعض اوقات ستونی سرملہ کے شائبات دکھائی دیتے ہیں، اور بلیر بیل (Blair Bell) کے مطابق یہ کیفیت ۵ فیصدی سے زائد حالتوں میں پائی جاتی ہے۔ بعض حالتوں میں سرملہ ایک بخوبی نمویافتہ نہ کی شکل میں پایا جاتا ہے جس میں چھوٹے چھوٹے غدود موجود ہوتے ہیں۔ ایسے واقعات سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ غشاء کا کچھ حصہ طری قنات سے بنا ہے، کیونکہ پردہ بکارت میں ستونی خلیات کبھی نہیں پائے جاتے۔ اگر غشاء کی دونوں سطحیں فلسمانی خلیات سے پوشیدہ ہوں تو یہ صادق غیر منشعب پردہ بکارت ہوتا ہے۔ اور اگر اس کی اندرونی سطح پر ستونی خلیات پائے جائیں تو اس کا یہ مطلب ہے کہ طری قنات کے زیرین سرے میں قنال پیدا نہیں ہوئی۔

بعض واقعات میں یہ حالتیں ذرا مختلف ہوتی ہیں، کیونکہ غیر منشعب پردہ بکارت اور قنال مہل کے درمیان جو علی الترتیب نیچے اور اوپر واقع ہوتے ہیں کبھی کبھی ایک نمایاں وقفہ موجود ہوتا ہے۔ یہ درمیانی رقبہ مہل کی بے انتقابی کے محل کو ظاہر کرتا ہے۔ ایسے واقعات میں

طبعی امارات ایک مرمہ صورت اختیار کر لیتے ہیں۔ پردہ بکارت میں نمایاں بروز نہیں پایا جاتا، اور بعض اوقات کھانسنے پر صدمہ غائب ہوتا ہے۔ اور ہہل کے بالائی حصہ کی متسع حالت مستقیمتی امتحان سے شناخت کی جاسکتی ہے۔ اس کا علاج ہہلی اجتماع الدم (haematocolpos) کو کھولنے اور اس کی مسیلیت کرنے اور قنال ہہل کی تکمیل کر دینے پر مشتمل ہے۔ اگر ہہل اور فرج کے درمیان معتد بہ وقفہ موجود ہو تو اجتماع خون تک پہنچنے کے لئے کسی قدر گہری تخلیج کی ضرورت ہوتی ہے۔ یہ ضروری ہے کہ دونوں قطعوں کی مخافی غشاؤں کو ملا دیا جائے، کیونکہ ایسا نہ کرنے سے قنال ہہل یا تو تدریج تک ہو جائیگی اور یا مکمل طور پر سدود۔ دیوار ہہل کو اس کے انصافی بافت کے غلاف سے کافی دور تک ضرور علیحدہ کر لینا چاہئے تاکہ یہ نیچے کی طرف کو فرج تک کھینچی جاسکے اور وہاں ٹانگوں سے بغیر تش کے قائم رکھی جاسکے۔ بعد ازاں ششہ یا ربرٹی ایک چوڑی ٹی ڈال کر دی جاتی ہے جو نکسید (dressing) کے ذریعہ سے اپنی جگہ پر برقرار رکھی جاتی ہے۔

تحت مباہلیت اور فوق مباہلیت

(HYPOSPADIAS AND EPISPADIAS)

تحت مباہلیت (Hypospadias) - یہ خلاف قاعدگی مہال کی موخر دیوار یا اس کے فرش میں نقص رہ جانے کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔ بعض حالتوں میں تمام مہال مفقود ہوتا ہے، اور مثانہ ہہل میں براہ راست کھلتا ہوا دکھائی دیتا ہے۔ یہ تشوہ عورت میں بہت نادر الوقوع ہے، اور چونکہ بعض اوقات اس کے ساتھ کلائی یافتہ بظریعہ بھی موجود ہوتا ہے اس لئے اس قسم کے موضوع کو غلطی سے مرد تصور کیا جاتا ہے۔ تحت مباہلیت (hypospadias) مردوں میں نسبتاً زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ اور جب یہ تشوہ مکمل حالت میں موجود ہوتا ہے تو اس قسم کا موضوع غلطی سے عورت تصور کر لیا جاتا ہے (دیکھو صفحہ 158)۔ بقول بلینٹن (Ballantyne) تحت مباہلیت عورتوں میں بولی تناسلی جوف (urogenital sinus) کے برقرار رہنے کا نتیجہ ہوتی ہے (دیکھو شکل ۱۰، صفحہ 85)۔

فوق مباہلیت (Epispadias) - مہال کی مقدم دیوار یا اس کی چھت کا نقص ہے۔ بعض اوقات مقدم دیوار بالکل ہی غائب ہوتی ہے۔ تحت مباہلیت کی طرح

فوق مباہلیت بھی مرد میں نسبتاً زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ عورتوں میں مہبل کی مقدم دیوار کے نوکی خلاف قاعدگیوں وسعت میں بہت اختلاف پذیر ہوتی ہیں۔ خفیف سی مثالوں میں مباہلی گزرگا کھلے مجری کی طرح ہوتی ہے اور دہلیز کے وسطی خطہ میں واقع ہوتی ہے جہاں سے یہ عانی ارتفاق (symphysis pubis) کے نیچے سے گذرتی ہوئی عنق مثانہ کی طرف چلی جاتی ہے۔ مباہل کا قریبی یا مثانی سر اثنائے تک پہنچنے سے پیشتر کبھی کبھی مکمل بھی پایا جاتا ہے، اور نقص محض اس وقت کے دہلیزی حصہ ہی میں موجود ہوتا ہے۔ بعض حالتوں میں اس مجری کا تمام ممر کھلا ہوتا ہے، اور مقدم دیوار بالکل مفقود ہوتی ہے۔



شکل ۱۱۵۔ فوق مباہلیت (epispadias)

۱۔ ۲۔ بیش پروردہ شفر تین صغیر۔ صغیر غیر متحد
عانی ہڈیاں۔

یہ ضرر خواہ کسی درجہ ہی کا ہو یہ بات عموماً مشاہدہ میں آتی ہے کہ اجسام نظر (corpora clitoridis) کا وسطی اتحاد واقع نہیں ہوا۔ لہذا نظر کے قائم مقام دو نصف حصے ہوتے ہیں جو کھلے مباہلی میزاب کے ہر دو اطراف پر واقع ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۱۱۵)۔ فوق مباہلیت

(epispadias) کی خفیف تر حالتوں میں بھی بعض اوقات عانی ارتفاق کے دونوں نصف حصے ایک دوسرے سے فرق پر واقع ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۱۱۵۔ ص ۱۱۶ اور ۱۱۶۔ ص ۱۱۷)۔ ایسی حالت

میں ضرر مذکور کی اتیسازی خصوصیت نظر کے دونوں نصف حصوں اور شفر تین کی وسیع علیحدگی ہوتی ہے۔ شکل ۱۱۵ ص ۱۱۶ سے یہ حقیقت ظاہر ہوتی ہے کہ

زمانہ فوق مباہلیت میں، بعض اوقات مثانہ کے مکمل طور پر بنو یا فتنہ اور مباہل کے بالائی قطعہ کے سالم ہونے کی حالت میں، ارتفاق کا عدم اتحاد موجود ہوتا ہے۔ ان تصاویر میں خارجی حصوں کی

وسیع علیحدگی دکھائی دیتی ہے جو عانی ہڈیوں کے ارتفاق پر متحدہ ہونے کا نتیجہ ہے۔ یہ فوق مباہلیت (epispadias) کی ایک نادر الوقوع قسم ہے۔ مثانہ کی مقدم دیوار کے غائب ہونے کی حالت میں اکثر اوقات ارتفاق عانہ کا انفصال اور سقف مبالغہ کا فقدان پایا جاتا ہے۔ یہ تمام ضرر بے جانی مثانہ (ectopia vesicae) کے نام سے موسوم کیا گیا ہے۔

فوق مباہلیت (epispadias) کی ایسی خفیف سی حالت کی، جیسی کہ شکل ۱۱۵ میں دکھائی دیتی ہے، سریریاتی ہیئت بھی سلس البول کی وجہ سے بہت تکلیف دہ ہوتی ہے۔ موئے زہار اور شفرتین پر فاسفیٹوں کی سپریاں جم جاتی ہیں۔ دبلیز کی سطح شرج یافتہ ہو جاتی ہے۔ اور راکد پیشاب کی بومریضہ اور اس کے متعلقین کے لئے بہت تکلیف کا باعث ہوتی ہے۔

فوق مباہلیت کے لئے عملیہ کرنے سے پیشتر یہ ضروری ہے کہ مریضہ کو بستر میں رکھا جائے اور موئے زہار اور فاسفیٹوں کے جدا کو دور کر دیا جائے۔ اور خارجی اعضائے تناسل کو کسی خفیف سے دافع عفونت غسول سے صاف کیا جائے حتیٰ کہ جلد تندرست حالت پر آجائے۔ اس کے بعد کوئی ایسا ترقیقی عملیہ انجام دیا جاسکتا ہے جیسا کہ صفحہ ۹۰۴ و ۹۰۵ پر بیان کیا گیا ہے۔

بے جانی مثانہ (Ectopia Vesicae)۔ یہ ایک وسیع نموی ضرر ہے۔

بیری ہارٹ (Berry Hart) کے مطابق یہ حالت مخزجی غشا (cloacal membrane) کے ناقص النمر بننے سے پیدا ہوتی ہے۔ یہ غشا ایک صفحہ ہے جو مخزج (cloaca) اور برواؤمہ (ectoderm) کی بطنی دیواروں کے اتحاد سے پیدا ہوتا ہے، اور ناف سے نیچے کی طرف پھیلا ہوتا ہے۔ شکل ۶۲، صفحہ ۸۰ کے دیکھنے سے اس غشا کی وسعت اور محل معلوم ہو جائے گا۔ جو ساختیں غائب ہوتی ہیں وہ (۱) مثانہ کی اگلی دیوار اور مقدم شکی دیوار کا ایک متناظر حصہ، (۲) ارتقائی انفصال اور (۳) مبالغہ کی مقدم دیواریں۔ اور جو ساختیں بطنی دکھائی دیتی ہیں وہ (۱) مثانہ کی موخر دیوار کی غشائے مخاطی، (۲) حالبین (ureters) کے دہنے اور (۳) مبالغہ کا فرش ہیں۔ اس طرح روزن فرج مثانہ اور مبالغہ کی تمام غشائے مخاطی کے ساتھ مسلسل ہوتا ہے۔

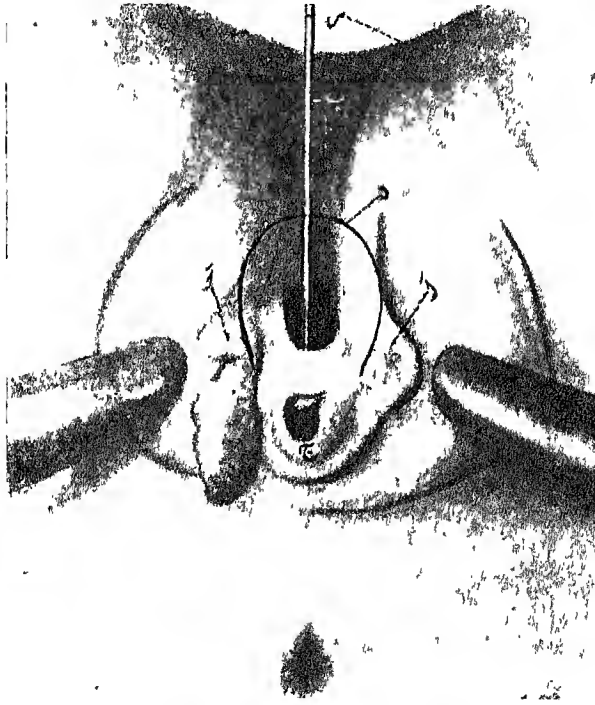
اس وسیع نقص کو دور کرنے کے لئے مختلف ترمیمی عملیہ پیش کئے گئے ہیں، اور حالبین کی تعلیم معائے مستقیم میں کی جا چکی ہے۔ اس حالت کا عملیتی علاج بالعموم عمومی سرجن ہی کرتا ہے۔

اور اس علیہ کی تفصیل کے لئے عمومی علم الجراحت کی درسی کتابوں کو دیکھنا چاہئے۔

خنثیت اور کاذب خنثیت

(HERMAPHRODITISM AND PSEUDOHERMAPHRODITISM)

خنثی (hermaphrodite) وہ شخص ہے جس میں ایسی ساختیں موجود ہوں جو دونوں



شکل ۱۱۶۔ فوق مبالیت (epispadias)۔ یہ وہی حالت ہے جو شکل ۱۱۵ میں
ظاہر کی گئی ہے۔ شفر تبین صغیر (ا۔ و) مبال کی چھت کی عدم موجودگی کو دکھانے کیلئے
پیشے ہٹاؤئے گئے ہیں۔ ب۔ مبال میں مجرہ۔ ج۔ پردہ بکارت۔ د۔ نسل ناسنگاف
م۔ غیر متخاد ارتفاق۔

صنفوں کے امتیازی صنفی غدو یا مولدات (gonads) یعنی بیض اور خصیہ کی قائم مقام تصویر کی جاسکیں۔ صادق خشیت کا لازمی خاصہ یہ ہے کہ بیض اور خصیہ دونوں، خواہ الگ الگ، یا متحدہ غدہ کی شکل میں، موجود ہوں۔ اگرچہ بچوں اور جوانوں میں اس قسم کی بہت سی مشہور و معروف مثالیں درج کی جاچکی ہیں، لیکن پیش کردہ ثبوتوں کے قطعی نہ ہونے کے باعث ان مثالوں کی ایک بہت بڑی تعداد میں اس شبہ کی گنجائش باقی رہ جاتی ہے کہ آیا ان کو حقیقہً خشیتی کہا جاسکتا ہے یا نہیں۔ بلیکمر (Blacker) اور لارنس (Lawrence) نے ساڑھے آٹھ ماہ کے ایک جنین کی مثال درج کی ہے جس میں مکمل امتحانِ نش پر ایک طرف تو بیض (uterus) اور دوسری طرف ایک متحدہ غدہ (بیضی خصیہ: ovo-testis) پایا گیا جس کے ساتھ ایک کٹانی یافتہ ولفی قنات اور ایک ناقص التکون فلوی نلی (طری قنات) تھی۔ ولفی قنات (epididymis) اور قنات ناقصہ کی قائم مقام تھی۔

کاذب خشیتی (pseudohermaphrodite) وہ شخص ہے جس کے مولدات (gonads) تو ایک صنف کی امتیازی خصوصیتیں رکھتے ہوں، اور خارجی اعضائے تناسل اور ثانوی صنفی اوصاف صنف مقابل کے مشابہ ہوں۔ یہ حالت قلیل الوقوع نہیں۔ اور اس کی کئی ایک غیر مشتبہ مثالیں درج کی جاچکی ہیں۔ فعلیاتی نقطہ نظر سے کسی شخص کی صنف مولدات کے خاصہ سے معلوم کی جاتی ہے۔ لہذا اگر صحیح صحیح طور پر کہا جائے تو زیر بحث حالت ہرگز خشیت نہیں ہو سکتی۔ ”کاذب خشیت“ فی الحقیقت عظیم الوجود ہے۔ اگرچہ یہ نام صحیح نہیں لیکن اس کے استعمال سے جو سہولت پیدا ہوتی ہے وہ فی الحال اصطلاحی صحت کی خواہش پر مقدم تصور کی جاتی ہے۔

یہ یاد رکھنا کہ طبعی طور پر نمویافتہ مرد میں عورت کے لازمی صنفی اعضا سوائے مولدات کے آناری ساختوں کی شکل میں برقرار رہتے ہیں، مثلاً کیستی خصیہ (hydatid testis) طری قناتوں کے بقیہ حصوں کو ظاہر کرنا ہے، اور قدامی رجمہ (prostatic utricle) رحم کو۔ نیز طبعی طور پر نمویافتہ عورت میں بھی برمیض (epoöphoron) اور جانبی بیضی انیبیبات (paroöphoritic tubules) پائے جاتے ہیں جو برمیض (epididymis) اور زرد برمیض (paradidymis) کے قائم مقام ہوتے ہیں۔ مزید برآں بظرفضیب کی جگہ ہوتا ہے، اور

معیین مبیض کی تشخیص کے لئے احتیاط کی ضرورت ہے۔ جب تک کہ زیر امتحان بافت میں مبیض کے میمزینسجیاتی عناصر یعنی گرافی جراثیمات یا لیوٹینی خلیے نہ پائے جائیں یہ بافت مبیضی تصور نہیں کی جاتی۔ بہت سے مندرجہ واقعات اس امتحان سے غلط ثابت ہوئے ہیں۔ اور یہ اظہار ہے کہ یہ حالت اس سے بھی کم نادر الوقوع ہو جتنی کہ یہ کتابوں سے ظاہر ہوتی ہے۔ تاہم یہ ممکن ہے کہ بعض ایسے مندرجہ واقعات میں جن میں متضاد مبیض برکاری (double oöphorectomy) کے بعد بھی حیض آتا رہا کوئی معین مبیضی بافت موجود ہو۔ مزید برآں معین مبیضوں میں بعض واقعات نو بالیدیں بھی پیدا ہو جاتی ہیں، مثلاً لیفی سلعات (fibromata) یا دیورے جو غیر متوقع مقامات پر پیدا ہوئے ہیں۔ ان حالتوں کے علاوہ مستزاد یا معین مبیضوں کی کوئی سریریاتی اہمیت نہیں۔

عدم موجودگی اور ناقص نمو۔ مبیضین کی مکمل عدم موجودگی صرف جنینی مخلولیت (fetal monstrosity) کی حلی حالتوں مثلاً لاقب (acardiac) اور پیوستہ پا (sympodial) جنینوں ہی میں دیکھنے میں آتی ہے، جو از خود زندہ نہیں رہ سکتے صنف دیگر کے افراد میں مولدات (gonads) کی عدم موجودگی اگر فی الحقیقت کبھی پائی بھی جاتی ہے تو از حد نادر الوقوع ہے۔ صنفوں میں کبھی کبھی اختلاط بھی واقع ہو جاتا ہے (hermaphroditism) لیکن ایسے افراد میں صنفی عدد ہمیشہ موجود ہوتے ہیں، اگرچہ وہ خاظمی قسم ہی کے کیوں نہ ہوں۔ مبیضین کی مکمل عدم موجودگی کی شناخت محض امتحان بعد الموت پر ہی یقینی طور پر کی جاسکتی ہے۔ اس حالت کے عملیتی اندراجات پر اعتبار نہیں کیا جاسکتا، کیونکہ اگر مبیض خاظمی محل پر واقع ہوگا تو جراح اسے باسانی نظر انداز کر دیگا۔ ”ناقص النمو“ (rudimentary) مبیض سے وہ مبیض مراد ہے جس میں گرافی جراثیمات موجود نہ ہوں، اور اس حالت کے باقاعدہ طور پر مندرجہ واقعات تقریباً اتنے ہی نادر الوقوع ہیں جتنے کہ مبیض کی عدم موجودگی کے۔ اس مشیہ کی بنا پر ہم یہ نہیں کہہ سکتے کہ کسی بالغ شخص پر مبیضین کے پیدائشی عدم وجود کے سریریاتی اثرات کیا ہونگے۔

غیر طبعی محل: بے جانی مبیض (Ectopia Ovarii)۔ اس قسم کے کئی ایک واقعات درج کئے جا چکے ہیں جن میں مبیض اپنے طبعی خط نزول کے، جو حوض کی طرف آتا ہے، کسی نقطہ پر شکم ہی میں محبوس ہو کر رہ گیا تھا۔ علاوہ ازیں چند مثالوں میں یہ خلیاتی فتق کے تاجہ میں بھی پایا جا چکا ہے (دیکھو شکل ۱۱۹)۔ یہ یاد رہنا چاہئے کہ فتق کی اکتسابی قسم میں بھی مبیض کا فتق

نوبت پہنچ جاتی ہے۔ چند مثالوں میں ایک قلیل المقدار نوبی نرف بھی مشاہدہ میں آیا ہے جو اعتدال سے متنازل سے ہوتا تھا۔ بایں ہمہ ایسا شخص بلاشبہ مرد ہوتا ہے۔ اسی طرح بعض اوقات مؤنث کا ذب غشی (وہ عورت جس میں بظریض پروردہ ہو) میں مردانہ خصوصیات پیدا ہو جاتے ہیں، اور وہ مردانہ افعال سرانجام دیتی ہے حتیٰ کہ اس حیثیت سے شادی بھی کر لیتی ہے۔ مثالوں کی منفی خواص کے نمونے جیسے پیدہ نوعیت، اور ان کے اور منفی ہارمونوں کے درمیانی تعلق کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے (دیکھو صفحہ 121 و 122)۔ مگر ان لمحات سے قطع نظر یہ ممکن ہے کہ بچپن کے ماحول اور تربیت کا اس امر کے ساتھ اس سے زیادہ گہرا تعلق ہو جتنا کہ خیال کیا جاتا ہے۔

جب سن شیرخوارگی میں سچے کی تعیین صنف کے متعلق غلطی ہو جائے اور اس کا انکشاف سن بلوغت تک نہ ہو تو اس کی تصحیح کے لئے کوشش کرنا عموماً خلاف مصطلحت ہوتا ہے۔ جن موضوعات میں یہ نشوبات پائے جاتے ہیں وہ لازمی طور پر عقیم ہوتے ہیں۔ اور یہ ظاہر ہے کہ ان کو شادی نہ کرنا چاہئے۔ ان کے لئے جراحی علاج ممکن عمل نہیں۔

نشوبات مبیض

(MALFORMATIONS OF THE OVARIES)

یہ قلیل الوقوع ہیں اور ان کی سریر یاتی اہمیت زیادہ نہیں۔

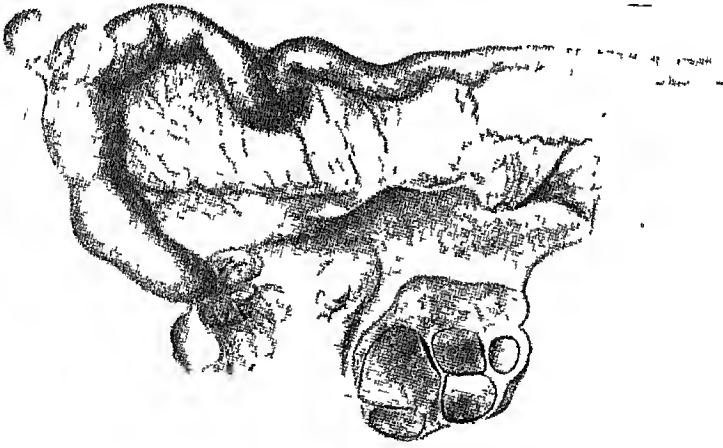
مستزاد اور معین مبیضات - مستزاد (supernumerary) مبیض وہ ہے جو مبیضین سے کچھ تعلق نہ رکھتا ہو اور جسامت میں انہی کے برابر ہو۔ صرف ایک ہی واقعہ کی قابل اطمینان توضیح کی جا چکی ہے جو فان ویکل (Von Winckel) نے کی ہے۔ اس میں مستزاد مبیض رابطہ عرض کے سامنے پڑا تھا، اور قرن رحم سے ایک واضح رابطہ بند کے ذریعہ سے چسپیدہ تھا۔ معین (accessory) مبیض مبیضی بافت کا ایک چھوٹا سا ٹکڑا ہوتا ہے جو طبی مبیضین کے علاوہ موجود ہوتا ہے۔ اور طبی مبیض کے کسی نہ کسی حصہ سے ایک بند کے ذریعہ سے عام طور پر چسپیدہ ہوتا ہے۔ اس صورت میں اس کا ٹکڑن باریطوبی التہابی بندوں کے سمجھاؤ کے اثرات سے منسوب کیا جاتا ہے جو ابتدائی جنینی زندگی میں رونما ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ خلاف قاعدہ عمل پر واقع ہوتا ہے، لیکن یہ ہمیشہ مبیض کے طبعی خزانہ زول پر واقع ہوتا ہے جو قطعی خطہ سے حوض تک آتا ہے (صفحہ 86)۔

قلیل الوقوع نہیں ہوتا۔ شکلی بیض سے کوئی سریر باقی نتائج پیدا نہیں ہوتے۔ بخلاف اس کے یہ عقم کا باعث ہو سکتا ہے، جیسا کہ ہم میں سے ایک (بی۔ ڈبلیو) نے حال ہی میں دو مریضوں میں دیکھا تھا۔ ان دونوں مثالوں میں حیض بے قاعدہ اور بافراط آتا تھا۔ بیضین منطول اور کلاں تھے، گر ان کی بناوٹ صبیانی تھی۔ بیض کا خلقی قفق محض بلوغ کے بعد ہی تکلیف دہ ثابت ہوتا ہے، جبکہ اس سے درد اور انہمیت پیدا ہو جاتی ہے، جو ایام حیض میں اور بڑھ جاتی ہے۔

فلوپی نیلوں کے تشوہات

(MALFORMATIONS OF THE FALLOPIAN TUBES)

مستزاد نیلیاں اور زائد شکلی دہنے صاوق مستزاد (supernumerary) نلی نہایت ہی نادر الوقوع ہے، اور یہ امر بھی مشتبہ ہے کہ آیا اس کے کسی قابل الطمینان واقعہ کا



شکل ۱۱۸۔ نلی کا کم محکون (hypoplasia)۔ نلی کی پیچیدگی جنین میں لمبی اور بالعموم میں غیر طبعی ہوتی ہے۔ اس کی دیواریں طبعی طور پر پتلی ہوتی ہیں۔ مجھالوں کے قریب مارگینی کے کیسہ (مائیڈیٹڈ آف مارگینی) کا ایک چھوٹا سا دیرہ موجود ہے، نیز انتخا سے بھی ایک باریطونی دیرہ چپکا ہوا ہے۔

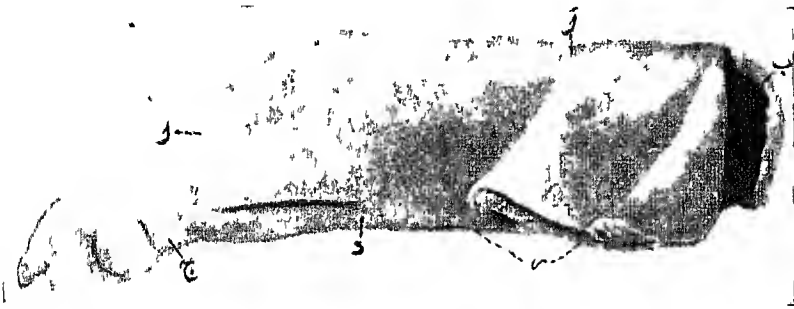
اندراج بھی ہوا ہے یا نہیں۔ بخلاف اس کے زائد وہنے نسبتہ کثیر الوقوع ہیں۔ اور امتحان بعد الموت کے اندراجات کے مطابق سم تا۔ فیصدی واقعات میں پائے جاتے ہیں۔ ایسے زائد ہونوں کی تعداد چھ تک بھی ہوتی ہے، گو ایک سے زیادہ زائد ہونوں کا وجود قلیل الوقوع ہے۔ یہ بالعموم ظہری سطح پر واقع ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۵۹ صفحہ ۶۶)۔ جھالروں (fimbriae) کی سبب ہمیشہ موجود ہوتی ہے گو اس کے صفات اختلاف پذیر ہوتے ہیں۔ اکثر مثالوں میں نلی کے درونہ کے ساتھ ان کا کوئی ربط نہیں ہوتا۔ زائد ہونہ بعض اوقات مسدود ہو کر متسع ہو جاتا ہے جس سے ایک قسم کا انوبی دیرہ پیدا ہو جاتا ہے (دیکھو صفحہ ۶۲۳)۔ امراضیاتی تغیرات کا محل ہونے کے علاوہ زائد ہونوں کی کوئی سرریہ یاتی اہمیت نہیں۔

فلوپی نلیوں کے تقاضے۔ دونوں نلیوں کی مکمل عدم موجودگی بہت ہی نادر الوقوع ہے۔ لیکن ڈبلیو۔ سپی (W.G. Spencer) نے دو واقعات بیان کئے ہیں جن میں نلیوں کی جگہ ہر ایک قرن الرحم پر مٹر کے دانہ کی مانند ایک ایک جسم موجود تھا، اور بیضین اور رحم طبعی تھے۔ یہ دونوں مریض شدید ماہواری درد کی شکایت کرتے تھے، لیکن انکو حیض بھی نہیں آیا تھا۔ انکی تکلیف عملیہ سے رفع ہو گئی جس سے کہہ رحم اور پاریلون کے درمیان ربط پیدا کر دیا گیا تھا۔ ناقص النمو نلیاں تقریباً اتنی قلیل الوقوع نہیں جتنی مورخ الذکر حالت ہے۔ اسکی کئی ایک حالتیں درج کی جا چکی ہیں۔ بعض میں اندرونی (رحمی) حصہ غیر مکمل پایا گیا ہے، اور ایک واقعہ میں جس کا اندراج ہم میں سے ایک (سپی۔ ایل) نے کیا ہے صرف شمی دہنہ اور قمتہ (infundibulum) ہی موجود تھے (دیکھو شکل ۱۱۹)۔ بعض میں صرف اندرونی حصہ ہی موجود تھا، اور تلی قرن الرحم سے ۲ انچ کے فاصلہ پر دفعۃً ختم ہو جاتی تھی۔ دو قرنی یک عنق رحم (uterus bicornis unicollis) میں ناقص النمو قرن کی متناظر نلی اکثر غیر مکمل حالت میں ہوتی ہے۔

162

نلی کے عطفات (Diverticula of the Tube)۔ جنینی زندگی کے متناظر نصف میں نلی طبعی طور پر پیچیدہ ہوتی ہے، لیکن زمانہ طفولیت میں جوں جوں حوض کی جسامت بڑھتی جاتی ہے یہ سیدھی ہوتی جاتی ہے۔ بعض اوقات موقوف ہو کر حالتوں میں اور اعضائے تناسل کے شدید تشوہ کے ساتھ ایک مرغولی نلی بطور جنینی تشوہ کے پائی جاتی ہے۔ نلی کی جنینی جیسی پیدگی کے مستقل طور پر باقی رہ جانے کو اس کی تلفیف یافتہ حالت سے جو التهاب انوبہ کا نتیجہ ہوتی ہے

خلط ملط نہ کرنا چاہئے۔ اس کا ذکر آئندہ کیا جائے گا۔
 خعلق عطفات (diverticula) میں نلی کی تمام دیوار شامل ہوتی ہے، اور یہ محض درون
 کے عطفات نہیں ہوتے جو دیوار میں چلے جاتے ہیں۔ جب نلی کی عشاءے مخاطی اس کے عضلیہ
 (muscularis) میں گھسٹی ہوئی پائی جائے تو اس سے مزمن التهاب انبوبہ (chronic
 salpingitis) ظاہر ہوتا ہے، اور خعلق غیر طبعی حالت ظاہر نہیں ہوتی۔



شکل ۱۱۹۔ فلوپی نلی کے اندرونی دو تنہائی حصہ کی عدم موجودگی۔ ر۔ ک۔ میض۔ ب
 قرن الرحم۔ ج۔ نلی کا استغاضی حصہ۔ د۔ اس محل کے نشان کو ظاہر کرتا ہے جہاں
 نلی ختم ہوتی ہے۔ س۔ رباط مستدیر پھیلا دیا گیا ہے۔ مذکورہ بالا تمام ساختیں ایک
 دائیں اربی فتق کے ناچہ کے مشمولات میں سے ہیں۔

جو خفیف سے منوی نقائص کا ہے گا ہے پائے جاتے ہیں وہ مرغولی تلافیف کی،
 جو جنین میں طبعی ہوتے ہیں، برقراری (انبوبہ کا کم تکون hypoplasia tubæ:
 دیکھو شکل ۱۱۸) انبوبہ سر حملہ کی عدم ہدایت اور نلی کی عدم قتالیت ہیں۔ موخر الذکر
 حالت میں نلی دور سے کی طرح ٹھوس رہتی ہے، اور یہ حالت بہت قلیل الوقوع ہے۔
 بعض اوقات نلی کی غیر وضعیتیں (displacements) بھی پائی جاتی ہیں۔
 اور ان کی مثالوں کی زیادہ تر تعداد فتق کے مریضوں میں پائی جاتی ہے۔ مگر ہم میں سے
 ایک (سی۔ ایل) نے ایسی مثال بھی درج کی ہے جس میں نلی اپنے رفیق میض کے ساتھ دائیں
 قطبی خطہ میں واقع تھی۔ اس واقعہ میں رحم کا دایاں نصف منوٹا یا فستہ تھا اور رحم

ایک قرنی (unicornute) تھا۔ بوئیر (Bonnaire) اور ڈرنیٹ (Durnate) نے بھی ایک واقعہ کا ذکر کیا ہے جس میں دایاں بیض اور اس کی متناظر نئی متناظر قطعی خطہ میں واقع تھے، لیکن اس مثال میں رحم طبعی تھا۔ یہ حالت زیادہ قابل توجہ ہے کیونکہ اس میں دایاں عریض رباط غائب تھا۔

حصہ دوم - باب دوم

فساداتِ فیعل

حیض

اس باب میں مندرجہ ذیل حالتیں بیان کی جائیں گی:-

- (۱) بے طہیثیت (amenorrhoea) اور قلت طہث (oligomenorrhoea)۔
- (۲) طہث بدیلی (vicarious menstruation)۔
- (۳) کثرت طہث (menorrhagia) اور متجانش رچی نزف۔
- (۴) درد حیض۔
- (۵) بین حیضی درد۔

بے طہیثیت اور قلت طہث

(AMENORRHOEA AND OLIGOMENORRHOEA)

”بے طہیثیت“ (amenorrhoea) سے اُس ماہوار نزفی مواد کے سیلان کی عدم موجودگی مراد ہے جو رحم سے ہوتا ہے اور طبعی پختہ صنفی غنود فعل کا ممیزہ خاصہ ہے۔ جب یہ سیلان موجود ہو مگر اس کی مقدار مسلمہ معیارات کے مقابلہ میں کم ہو تو ”قلت طہث“ (oligomenorrhoea) کی اصطلاح استعمال کی جاتی ہے۔

طبعی عمل حیض کے قیام کے لئے مندرجہ ذیل اسباب کی موجودگی لازمی ہے:- رحم اور

خاص کردوروں رحمہ (endometrium) مکمل طور پر منویا فتنہ ہو، بیضین سچتہ ہوں، اور ان میں تبویض باقاعدہ اور طبعی طور پر واقع ہوتی ہو، اور معین تناسلی غدید یعنی درقہ (thyroid) اور تخامیہ (pituitary) کا مقدم تختہ اپنا طبعی فعل موزوں طور پر سرانجام دیتے ہوں۔ اس نظام کے کسی ایک حصہ کے تعطل یا سو فسل سے جو سو، منویا مرض سے پیدا ہوا ہو فعل حیض میں چھوٹے بڑے تغیرات واقع ہو جاتے ہیں۔

بلوغ سے قبل، انقطاع الطمث کے بعد، دوران حمل میں، اور اکثر زمانہ رضاعت میں بھی فعل حیض کی عدم موجودگی ایک طبعی حالت ہے۔

سن طفولیت اور پیرانہ سالی اور زمانہ تولید کی بے طہیثیت کو فعلیاتی بے طہیثیت کے نام سے موسوم کیا جاسکتا ہے۔ نیز اس کی ایک اور قسم کو بھی خاص طور پر تمیز کرنا چاہئے، یعنی وہ قسم جس میں مواد حیض طبعی مقدار میں پیدا ہونے کے باوجود نمونے کے نقائص کی وجہ سے تناسلی قوال میں سے خارج نہیں ہو سکتا۔ یہ قسم طہیثیت مخفی (cryptomenorrhoea) (پوشیدہ حیض) کے نام سے تعبیر کی جاتی ہے۔ یہ صاف ظاہر ہے کہ یہ حالت صادق بے طہیثیت سے بہت مختلف ہے۔ جس میں کہ حیضی نزف غائب ہوتا ہے، اور رحم میں لازمی حیضی تغیرات واقع نہیں ہوتے۔ صادق امر اضیاتی بے طہیثیت کے مریضوں کو دو جماعتوں یعنی ابتدائی اور ثانوی میں تقسیم کرنا مناسب ہے۔ قبل الذکر جماعت ان مریضوں پر مشتمل ہے جن میں فعل حیض کی کبھی ابتدائی نہیں ہوتی۔ اور موخر الذکر جماعت میں وہ تمام مریض شامل ہیں جن میں یہ غیر طبعی حالات کے زیر اثر بند ہو جاتا ہے۔ یہ نہایت مناسب ہوگا کہ طہیثیت مخفی کو ابتدائی بے طہیثیت کی، جو نمونے کے نقائص کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے، ایک قسم کے طور پر بیان کیا جائے۔

ابتدائی بے طہیثیت

(PRIMARY AMENORRHOEA)

یہ حالت چند ایک خلقی نقائص کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے جن میں سے بعض لا علاج ہوتے ہیں۔ نیز یہ بعض عمومی فسادات کی وجہ سے بھی پیدا ہوتی ہے جن کا علاج کسی حد تک کیا جاسکتا ہے۔

۱۔ منوی اسباب

- (۱) بیضین - بیضین کی عدم موجودگی یا انکا ناقص نمو۔
 (ب) رحم - کی نمونہ ناقص النمو رحم (u. rudimentarius) اور
 رضیعی رحم (u. infantilis) کی حالتیں (صفحہ ۱۴۵)۔
 (ج) عنق اور مہبل کی بے انتہائی کی حالتیں جن سے طمث مخفی کی حالت
 پیدا ہوتی ہے۔
 (۵) دروں افزائی غدو (نخامیہ، درقیہ اور بیض) کے افزائت کی
 قلت یا ان کا سوہ فعل۔
 (س) فعلیاتی راجع الی السلف خوا (physiological atavistic
 characters)

۲۔ دیگر اسباب

- (۱) آجلی بلوغ۔
 (ب) سوہ تغذیہ - عصبی خشکی اور بے دہویت۔
 (ج) تدرن (tuberculosis) خواہ عمومی ہو یا رحم اور بیضین کا۔
 ۱۔ عمومی اسباب - یہ اسباب مریضوں کے ایک اہم اور دلچسپ گروہ میں
 مرض کا باعث ہوتے ہیں۔ بیضین کے خلقی نقائص بہت نادر الوقوع ہیں۔ ایک بیض کی
 عدم موجودگی عمل حیض پر قطعاً اثر انداز نہیں ہوتی۔ اور دونوں بیضوں کی عدم موجودگی جنینی
 مسخولیت (fetal monstrosity) کی چند قسموں کے علاوہ جو رحم سے باہر زندہ نہیں
 رہ سکتیں، نہایت ہی قلیل الوجود ہے۔ صرف محتاط امتحان بعد الموت کے ذریعہ ہی سے
 اس نقص کی تشخیص وثوق کے ساتھ کیجا سکتی ہے، کیونکہ یہ ممکن ہے کہ بیضین کے کسی اور جگہ
 واقع ہونے کے باعث ان کا سربرپائی امتحان میں، یا حوض کے جراحی استقصاء کے دوران
 میں بھی مشاہدہ نہ ہو سکے۔ بیضین کی ایک ناقص النمو حالت بھی پائی جاتی ہے جس میں گرانی جراثیم
 موجود نہیں ہوتے۔ یہ حالت بعض اوقات خلقی ہوتی ہے، اور بعض اوقات یہ زمانہ طفولیت کے
 کسی مرض کے نتیجے کے طور پر پیدا ہوتی ہے، اور ہر حالت میں یہ بلاشبہ لا علاج ہوتی ہے۔
 نخامیہ کے مقدمہ لختہ کے خلاصہ جات کا استعمال کرانے سے، ناقص التکون بیضوں کو ہیجان
 پہنچا کر فعلی نمو کی حالت میں لانے کی حال ہی میں کوشش کی گئی ہے۔ بیض کے اندرونی افزائی کی

قلت کا نام ”زیر بیضیت“ (hypo-oöphorism) رکھا گیا ہے۔ لیکن یہ اغلب ہے کہ اس قسم کا سو فیصد نچامیہ کے مقدمہ غنتہ کی فعالیت کے نقائص کا نتیجہ ہو۔

ناقص النمر رحم (rudimentary uterus) ایک چھوٹا سا ایسی جسم ہوتا ہے جو بالعموم ٹھوس ہوتا ہے، لیکن بعض اوقات اس میں ایک غیر مکمل کہفہ بھی موجود ہوتا ہے۔ یہی رحم (infantile uterus) میں جنینی خواص (یڑی عنق اور نسبتاً چھوٹا جسم) برقرار رکھتے ہیں (دیکھو شکل ۸ ص ۶۳)۔ لیکن اس میں ایک کہفہ ہمیشہ موجود ہوتا ہے جس کا استر عشاءے مخاطی کا ہوتا ہے۔ قبل الذکر حالت مکمل اور لاعلاج بے طمثیت کا باعث ہوتی ہے، اور موخر الذکر میں ہر ایک معین خدک

ترقی یافتہ ہوتا ہے جس سے ایک غیر مکمل عمل حیض شروع ہو جاتا ہے (قلت جنس: oligomenorrhoea)۔ نام نہاد ”حلزونہ نما رحم“ (cochleate uterus) (صفحہ ۱۴۶) کا شمار بھی اسی قسم میں ہوتا ہے۔ اگر کسی مریضہ میں نسبی رحم سن بلوغ پر یا اس کے جلد بعد شناخت کیا جائے تو یہ ممکن ہے کہ نچامی اور تناسلی ہارمونی تجہیزات کا باقاعدہ اور مناسب استعمال رحم کے ثانوی نموکو ترقی دینے کے لئے کارآمد ثابت ہو، اور ان کی ضرورت مکمل آزمائش کرنا چاہئے۔ ایسے مریض قاعدہ سن بلوغ کے گزرنے کے بہت عرصہ بعد مشاہدہ میں آتے ہیں جبکہ علاج کا مناسب موقع گزر چکا ہے۔

ابتدائی بے طمثیت کے ایک اور نموی سبب یعنی معین تناسلی غدو کے نقائص کا ذکر کرنا ضروری ہے۔ اس قسم کے ایک ضرر کی طرف بہت سی سریری توجہ دی گئی ہے۔ اور یہ قنات (cretinism) ہے جو غدہ درقیہ کے ناقص ہونے سے پیدا ہوتا ہے۔ یہ حالت لڑکیوں میں لڑکوں کی نسبت زیادہ پائی جاتی ہے، اور اس سے ذہنی اور جسمانی نمو میں ایک نمایاں قلت پیدا ہوتی ہے۔ اس حالت میں بے طمثیت اکثر پائی جاتی ہے، لیکن یہ اس کی دائمی علامت نہیں۔ اور جب یہ موجود ہوتی ہے تو اس کے ساتھ بیضین کے کرائی جراثیمات کا نمو بھی ناقص پایا جاتا ہے۔ قلت طمث کی حالتیں جن میں حیض قلیل المقدار ہوتا ہے، اور شاذ وقفوں کے بعد آتا ہے، ان لڑکیوں میں بھی دیکھنے میں آتی ہیں جن میں زیر درقبت (hypothyroidism) اور زیر خیمیت (hypopituitarism) کے علامات موجود ہوتے ہیں۔ اس قسم کی لڑکیاں فرہ اور کامل ہوتی ہیں، اور ان کے خط و خال موٹے ہوتے ہیں، گو دیگر لحاظات سے یہ بخوبی نمویافتہ ہوتی ہیں۔

اخیر میں یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ فعلیاتی وظیفہ کے سلسلہ میں بھی خلقتی نقائص ہی طرح واقع ہو سکتے ہیں جس طرح یہ نشترخی ساختوں کے سلسلہ میں واقع ہوتے ہیں۔ یہ بالعموم

راجع الی السلف (atavistic) اصولوں کی متابعت کرتے ہیں، اور ان کی ایک نہایت ممتاز مثال ”طمث ابض“ (White Menstruation) ہے۔ جن عورتوں میں یہ خلاف قاعدگی پائی جاتی ہے ان میں فعل حیض طبعی طریقہ پر کبھی انجام نہیں پاتا یعنی در و رحمہ (endometrium) سے کوئی نطفہ واقع نہیں ہوتا، گو تناسلی اعضا کی بناوٹ اور ساخت میں کوئی غیر طبعی حالت نہیں پائی جاتی۔ ایسے موضوعات میں معمولی مچھو دات حیض (molimina) پائے جاتے ہیں جو پیش رفتی (pro-œstrum) کی ابتدا سے تعلق رکھتے ہیں، مگر بعد میں جو مواد خارج ہوتا ہے وہ صرف رحم کے غدد کے افراز پر ہی مشتمل ہوتا ہے۔ نہ تو دروں رحمہ میں تخم زودنا ہوتا ہے، اور نہ کوئی خارجہ نطفہ ہی واقع ہوتا ہے۔ اس حالت کی متناظر مثال کا مطالعہ کسی کثیرہ شقی پستانیہ (polyœstrus mammal) مثلاً مرنو بھیڑ کے تناسلی دور پر غور کرنے سے کیا جاسکتا ہے جس میں دو شقی دور (diœstrus cycles) قلیل المدت ہوتے ہیں، اور کاذب حمل کے انجام پر بانٹوں کا تخم نہیں پایا جاتا۔ اسی قسم کے راجع الی السلف فعل کے قلیل الاہمیت مدارج انواع انسان میں قلیل الوقوع نہیں۔ ان موضوعات میں نطفہ حیض کی مقدار بہت کم ہوتی ہے، اور بعض اوقات یہ صرف چند گھنٹے ہی جاری رہتا ہے۔ بخلاف اس کے ایسا بھی ہوتا ہے کہ ماہواری ایام کے درمیان بے طمثیت کے بظاہر طویل المدت وقفے پائے جھاتے ہیں۔

بے طمثیت (amenorrhœa) کی اس قسم کو شناخت کرنے کی اہمیت یہ ہے کہ تبویض (ovulation) طبعی ہوتی ہے، اور اس لئے باروری میں کوئی نقص واقع نہیں ہوتا۔ لہذا ابتدائی بے طمثیت کی کسی مریضہ میں محتاط طبی امتحان کرنے کے بغیر حمل کے امکانات کے متعلق کسی قسم کی کوئی رائے ظاہر کرنا قرین عقل نہیں۔ اگر کوئی جلی مقامی تشہیر سچی بدشکلی موجود نہ ہو تو ایسی بے طمثیت حقیقی ہونے کی بجائے ظاہری ہوتی ہے، اور جو دروں رحمہ متخمر عام طور پر واقع ہوتا ہے اسکا انقضاء وقوع صرف راجع الی السلف ہوتا ہے۔

حیض کی کچھ اسی قسم کی ایک اور خلافت، قاعدہ ”طمث بدیلی“ (vicarious menstruation) ہے۔ اس کا ذکر آئندہ کیا جائیگا (دیکھو صفحہ ۱۷۳ و ۱۷۴)۔

طمث مخفی (Cryptomenorrhœa) اس حالت کے پیدا ہونے کے لئے یہ ضروری ہے کہ حیض کے لازمی اعضا یعنی رحم اور بیضین بخوبی منویافنہ ہوں، اور تسدد کا کوئی نہ کوئی سبب تناسلی قنال کے حصہ زیرین میں موجود ہو جو مواد حیض کو خارج ہونے سے روکتا ہو۔ تسدد

فہم دانہی سے نیچے قتال کے کسی حصہ میں بھی پایا جاسکتا ہے، اور اس کا عام ترین محل دہنہ مہبل (ostium vaginae) ہے۔ حیض کا محسوس مواد قتال کو محل تسد سے اوپر منتشر کر دیتا ہے۔ چنانچہ جب تسد و فرج پر واقع ہو تو مہبل ایک بہت بڑی حد تک منتشر ہو جاتی ہے۔ جب کبھی سیال بہت بڑی مقدار میں موجود ہوتا ہے تو رحم بھی پر ہو جاتا ہے اور زائد سیال فلوپی ٹلیوں میں سے بہ نکلتا ہے۔ ٹلیوں سے خون پہلے پہل کہنہ باریطون میں ٹپکتا ہے، لیکن اس کے بعد کئی دہنے مسدود ہو جاتے ہیں اور ٹلیوں میں بھی خون جمع ہو جاتا ہے جو کم و بیش نمایاں طور پر منتشر ہو جاتی ہیں۔

تسد کا عام ترین محل دہنہ مہبل ہے۔ گاہے گاہے مہبل کے ثلث وسطیٰ اور عمیق میں تسد پایا جاتا ہے، لیکن اول الذکر کے مقابلہ میں موخر الذکر محلات پر یہ بہت نادر الوقوع ہوتا ہے۔ دہنہ مہبل پر یہ ضرر ساوڈا یا فرام کی شکل میں ظاہر ہوتا ہے جسے غیر منتشر یا پردہ بکارت (imperforate hymen) کے نام سے موسوم کیا گیا ہے۔ (دیکھو صفحہ 154 و 155)۔

دہنہ مہبل کا تسد گاہے گاہے زمانہ شیر خوارگی ہی میں التهاب مہبل سے پیدا ہو جاتا ہے جس سے مقابل کی سطحیں ایک دوسرے سے چپک جاتی ہیں۔ اس قسم کی مسدودیت بالعموم غیر مکمل ہوتی ہے، اور اس سے اختلافی حیض پیدا نہیں ہوتا (دیکھو شکل ۱۱۰)۔ بعض اوقات سن بلوغ میں اغشاٹ (sloughing) اور اس کے بعد ندبی القباض سے مہبل یا عنق میں مسدودیت پیدا ہو جاتی ہے، مگر یہ شاذ و نادر ہی طہرہ مخفی کا باعث ہوتی ہے۔

مجموع خون حیض تمام مہبل کو منہد کر دیتا ہے (مہلی اجتماع الدم: haematocolpos) جو بتدریج اس قدر منتشر ہو جاتی ہے کہ اس میں دو سے تین پائنت ٹنگ سیال موجود ہوتا ہے۔ بڑا سا مہلی اجتماع الدم گت بعد نما شکل کا ہوتا ہے جو شکم پر سے جس پذیر ہوتا ہے۔ اور بعض اوقات ناف تک بلند ہو جاتا ہے، اور تمام کہنہ حوض کو پُر اور معائے مستقیم کو مضبوط کر دیتا ہے، یہاں تک کہ قتال مہز بھی کبھی کبھی متہد ہو جاتی ہے۔ رحم اور اس کے ساتھ ہی ٹلیاں اور بیضین بھی مرتفع ہو جاتے ہیں اور اکثر اوقات خارجی امتحان پر ورم شکم کی چوٹی پر متنگ محسوس کئے جاسکتے ہیں (دیکھو شکل ۱۲۰)۔ جول جول مہبل کی مقدم دیوار متہد ہوتی جاتی ہے مہال طویل ہوتا جاتا ہے، اور مثانہ اوپر کی طرف اٹھتا جاتا ہے، حتیٰ کہ یہ تمامہ ایک شکمی عضو بن جاتا ہے۔ قتال عنق کا حصہ زیرین اکثر اوقات تسد پایا جاتا ہے، لیکن خون حیض کا اجتماع رحم اور فلوپی ٹلیوں میں صرف شاذ و نادر ہی دیکھنے میں آیا ہے۔ بہر کیف اس امر کے امکان کا خیال رکھنا چاہئے کیونکہ اس کی سرمدیاتی اہمیت

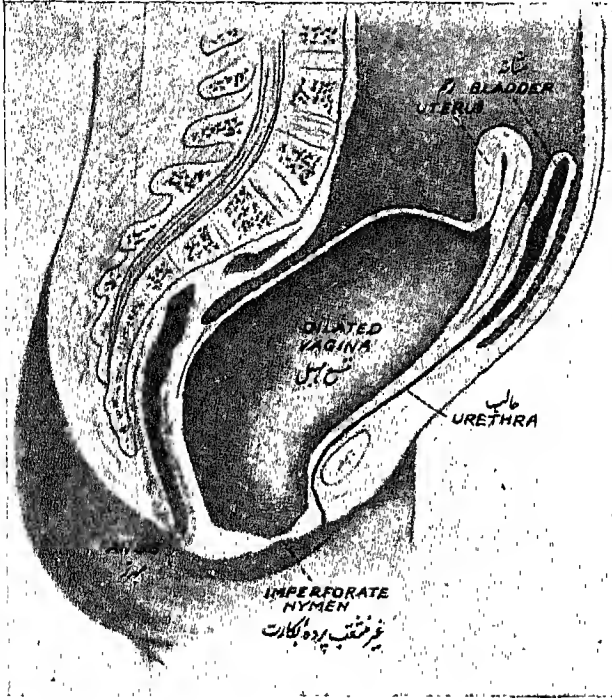
معتد بہ ہے۔

سریریاتی خصائص۔ متذکرہ حالت تقریباً پندرہ سے لیکر اٹھارہ سال تک کی لڑکیوں یا یابی جاتی ہے۔ اجتماع سیال کی رفتار سیلان حیض کی مقدار کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔ جب مجموعی سیال بتدریج جمع ہو رہا ہو تو ممکن ہے حیض نہ آنے کے علاوہ اور دوسرے کوئی علامات موجود نہ ہوں، اور اس صورت حالات کی طرف توجہ مبذول ہونے سے پیشتر مریضہ کی عمر سنزہ یا اٹھارہ سال کی ہو جائے۔ جب اجتماع خون تیزی سے ہو رہا ہو تو درد شکم کے نوبی حملے اکثر پائے جاتے ہیں، اور اس قسم کے مریض کم عمری ہی میں زیر مشاہدہ آجاتے ہیں۔ درد کے حملے ایام حیض کے ساتھ ظاہر قنظر معلوم ہوتے ہیں، اور بلاشبہ تازہ نرف سے پیدا ہوتے ہیں جس سے پہلے ہی سے متہد و مہل کے تناو میں برعت اضافہ ہو جاتا ہے۔ گریہ حملے ہر ماہ لازمی طور پر نہیں ہوتے بلکہ کم و بیش طویل اور بے قاعدہ وقفوں پر ہوتے ہیں۔ بعض اوقات ان کے ساتھ ہی تپش کی زیادتی بھی مشاہدہ میں آتی ہے، اور اس قسم کی حالتیں گاہے گاہے غلطی سے التهاب کے وہ متوالی حملے تصور کر لی جاتی ہیں جو زائدہ (appendix) کے سلسلہ میں ہوتے ہیں (سائرڈے: Siredey)۔ مزمن مریضوں میں شکم کی کلائی دیکھنے میں آتی ہے جو بتدریج واقع ہوتی ہے، اور بعض اوقات اختباس بول کے حملے بھی ہو جاتے ہیں، اگرچہ یہ بہت نادر الوقوع ہیں۔ ان حملوں کی توجیہ مشانہ اور مہال کے سابق الذکر تغیرات سے ہوتی ہے۔

شکم کا امتحان کرنے پر زیر معدی خطہ میں ایک گنبد نما، لچک دار، مثبت ورم محسوس کیا جاسکتا ہے جس کی محدب چوٹی پر ایک ٹھوس حرکت پذیر جیم ہوتا ہے جو رحم کو ظاہر کرتا ہے۔ اگر مشانہ متہد ہو تو اس کی مقدمہ طرف کو پوشیدہ کر دیتا ہے۔ اور جب یہ عضو خالی ہوتا ہے تو ورم اعاء کی گنڈلیوں کی وجہ سے جو اس کے اور دیوار شکم کے درمیان حائل ہوتی ہیں قرع پر زیر رتاں (subresonant) ہوتا ہے۔ مہل کا امتحان کرنے پر شفتین طبعی حالت میں پائے جائیں گے، اور غشائے ساد کے خواص باسانی نظر آجائیں گے۔ عجائی جسم میں کبھی کبھی برور یا باجائے گا، اور مہل کے انتہائی تنہد کی حالت میں مہز کسی قدر مرتخی ہوگی۔ استقصی امتحان پر انگلی سے ایک تنیدہ ورم شناخت کیا جائے گا جس سے کہنہ حوض کم و بیش مکمل طور پر پرپڑ ہوگا، اور ممکن ہے کہ

امعا کا یہ حصہ بھی اس سے مضبوط ہو گیا ہو۔

مہبل کی خلقی بے انتہابی (congenital vaginal atresia) جو احتباسِ سیال حیض کا باعث ہوتی ہے مسدودیتِ فرج کی نسبت بہت قلیل الوقوع ہے۔ غیر منقبت



شکل ۱۲۰۔ مہبل اجتماع الدم (ہیمیٹوکاپاس) (گٹنگ ورخ کے مطابق)۔ مثالِ عینی بھی فم داخلی کے لیول تک منتس ہو گئی ہے۔ مہبل کے تطول اور حجم رحم اور مثانہ کے ارتفاع کو غور سے دیکھا جائے۔

پردہ بکارت کی نسبت بے انتہابی مہبل کے ساتھ اکثر اوقات دیگر نقائص بھی موجود ہوتے ہیں جو عمل حیض کی ابتداء کے ساتھ متناقض ہوتے ہیں، لہذا ان مریضوں میں ایک سے سرریہاتی علامات موجود نہیں ہوتے۔ مہبل کے زیرین ایک تہسائی حصہ کی بے انتہابی سے مہبلی

اجتماع الدم (haematocolpos) پیدا ہو سکتا ہے جس کا نیچے کا سرا فرجی نہ انبان سے لیفت کے ایک فاصل سے علیحدہ ہونا ہے جس کی دبازت اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ اگر رحم اور بیض کا نو طبعی ہو تو وہ ہبل کے بالائی حصہ کی بے انتہائی سے احتباس خون صرف رحم ہی میں واقع ہوگا۔

عنف کی خلقی بے انتہائی (congenital atresia of the cervix) ایک نادر الوقوع حالت ہے۔ بعض اوقات یہ تضاعف رحم کی حالتوں میں پائی جاتی ہے (دیکھو صفحہ 147) جبکہ کہفہ رحم کی ایک قسمت کا مخرج مسدود ہو اور اس سے رحمی اجتماع الدم (haematometra) پیدا ہو جاتا ہے جو دوسرے رحمی قرن کے جو طبعی طور پر نمویافتہ ہوتا ہے دوش بدوش موجود ہونا ہے۔ تاؤنیکہ تضاعف رحم کی شناخت نہ ہو جائے رحمی اجتماع الدم کی اس قسم کو سریری طور پر معلوم کرنا بہت مشکل ہوتا ہے، کیونکہ یہ ممکن ہے کہ رحم کے دوسرے نصف سے حیض طبعی طور پر آتا ہو۔ عنق کی اکتسابی بے انتہائی (acquired atresia) اس سے بھی زیادہ نادر الوقوع ہے اور عنق کے ترقیتی علیہ مثلاً بتر کے نتیجہ کے طور پر پائے جانے کے علاوہ شاذ و نادر ہی دیکھنے میں آتی ہے۔

168

غیر شقیب پروردہ بکارت کا علاج غشائے ساد میں معدوم حص کے زیر اثر سخت و افح عفونی احتیاط سے شکاف دینے پر مشتمل ہے۔ یہ شکاف چاقو سے یا حراری کوات (thermo cautery) سے دیا جاتا ہے۔ مجوس سیال کی رنگت تار یک سرخ یا سرخی مائل بھوری ہوتی ہے اور اس کی بستی لزج ہوتی ہے، اور یہ آہستہ آہستہ باہر کی طرف بہتا ہے۔ اس کی لزوجت کی وجہ سے نطول (douche) کی مدد سے بھی اس کو مکمل طور پر الگ کرنا مشکل ہوتا ہے۔ اس کے بعد غشائے ساد کے بقیہ حصے قہجی سے کاٹ دئے جاتے ہیں۔ اور کنارے ٹانٹ سے ملا دئے جاتے ہیں۔ ہبل کے خالی ہوتے ہی احتیاط سے دوسری امتحان کرنا چاہئے، اور عنق کے درجہ الفتح اور رحم کی جسامت اور قلوئی نیلیوں کی حالت معلوم کر لینا چاہئے۔ اگر رحم اور نیلیوں میں کوئی اجتماع خون نہ ہوا ہو تو قتال ہبل کو نطول سے حتی الامکان مکمل طور پر صاف کر دینا چاہئے، اور دیوار ہائے ہبل سے اس لیس دار سیال کو دور کرنے کے لئے کوئی عمیق قلوئی محلول نہایت مناسب ہوتا ہے۔ بعد میں فرج کو حراچی طور پر صاف رکھنے اور مواد کو دافع عفونی روئی کی گدیوں پر لینے کے لئے بہت احتیاط مطلوب ہوتی ہے۔

اگر سیال حیض رحم میں جمع ہو چکا ہو تو یہ از خود کچھ عرصہ میں باہر بہ آئے گا۔ کہفہ رحم کو

نطول سے صاف نہ کرنا چاہئے، کیونکہ اگر نلیاں کسی قدر عریض ہو گئی ہوں گی تو ان میں نطول کے سیال کے داخل ہو جانے کا خطرہ ہو گا۔ چونکہ قنال مہبل کو زیادہ عرصہ کے لئے عقیم رکھنا ممکن نہیں اس لئے رحمی اجتماع الدم (haematometra) کی حالت میں عفونت کا بہت خطرہ ہوتا ہے۔ اور اگر ممرض عضو یا ت داخل ہو جائیں تو یہ حالت صعودی سمرائت کی ترقی کے لئے خاص طور پر موانع ثابت ہوتی ہے۔

اگر نلیاں متسع پائی جائیں تو شکم میں فوراً انگارے کی حالت کا باخیاط امتحان کرنا چاہئے۔ میبیری تدریج یہ ہے کہ ممتوم نلیوں کو کھولنے اور ان سے خون نکالنے کے بعد مصنوعی شکمی دھند بنا دیا جائے (دیکھو صفحہ 825)۔ مگر بعض اوقات نلیوں اور رحم کو دور کر دینا بھی ضروری ہوتا ہے۔ بیضین کو رہنے دینا چاہئے کیونکہ یہ تقریباً تمام مریضوں میں تسکرت ہوتے ہیں۔

۲۔ ابتدائی بے طمئیت کے عمومی اسباب۔

(ا) بلوغ آجمل (Delayed Puberty)۔ اس حالت میں ابتدائے حیض کا فقدان ان تغیرات کی عدم موجودگی یا ناقص تکمیل کو متلازم ہوتا ہے جو زمانہ بلوغ میں طبعی طور پر پائے جاتے ہیں (دیکھو صفحہ 115)۔ چنانچہ پستان ناقص المنور ہتے ہیں، اور جربی کی فوق عالی گدی (جبل زہرہ: mons Veneris) ظاہر نہیں ہوتی۔ شفرٹن کبیر بال نہیں آگتے، اور یہ پتلے اور وسطی خط پر کسی قدر کشادہ رہتے ہیں، جس کی وجہ سے شفرٹن صغیر دکھائی دیتے ہیں۔ صغریٰ سنجی تک پہنچنے سے پیشتر بعض اوقات بیس یا پچیس سال کی عمر ہو جاتی ہے، لیکن تاؤنیکہ کوئی شدید نموی نقص موجود نہ ہو، جس سے کہ مستقل "تقصی" (infantilism) پیدا ہو جاتی ہے، ایسے افراد کا نموبال آخر طبعی ہوتا ہے۔

سن بلوغ پر بے طمئیت کے اختلاف پذیر زمانے اکثر پائے جاتے ہیں، اور جب دونوں بیض اور رحم مکمل طور پر نمویافتہ ہو جاتے ہیں اور طبعی طور پر فصل کرنے لگتے ہیں تو یہ حالت غائب ہو جاتی ہے۔ فعل حیض کی ابتدا پر غیر موزوں ماحول اور حد سے زیادہ دماغی اور جسمانی مشقت کا مضر اثر پڑنے کا احتمال ہوتا ہے۔ تراب غذا، ناکافی ورزش، تمام قسم کی حد سے زیادہ محنت اور دماغی پریشانی ایسے اسباب ہیں جن کا مضر اثر جہاں تک اس مرض کا تعلق ہے شائد مشار کی اور دروں افزائی نظامات کے باہمی تعامل سے پیدا ہوتا ہے۔

(ب) پہلے بچیاں کیا جانا تھا کہ عدم دموبیت آغاز حیض پر اتنا ماعی اثر کرتی ہے،

لیکن ہمارا تجربہ یہ ہے کہ اسے اس امر کا سبب قرار دینے میں مبالغہ سے کام لیا گیا ہے۔ اخضر بیت (chlorosis) ان امراض میں سے ہے جو پہلے کثیر الوقوع تھیں اور اب شاذ و نادر ہی دیکھنے میں آتے ہیں۔ یہ مرض ناقص التغذیہ اور کمزور افراد میں جو غذائی تورات کے مریض ہوں واقع ہوتا ہے، اور اکثر حالتوں میں ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ آغاز حیض سے پہلے واقع ہونے کی بجائے اسکے بعد رونما ہوتا ہے۔ (ج) پچھیسچھڑوں کے تدرن (tuberculosis) کی ترقی یافتہ حالتیں اور اکثر اوقات شکی تدرن بھی ایسے مریضوں میں پائے جاتے ہیں جن میں آغاز حیض میں تاخیر واقع ہو جاتی ہے۔ مونخرا ل ذکر حالت میں مرض سے گرائی جرابات (Gräafian follicles) کے تباہ ہو جانے سے اس امر کی توجیہ ہوتی ہے۔ عدم دموبیت کی طرح یہ مرض بھی زیادہ تر سن بلوغ کے بعد پیدا ہوتا ہے، اور اس سے پہلے پیدا نہیں ہوتا۔

ابتدائی بے طہیثیت کا علاج۔ جب آغاز حیض کے اوسط سن کے بعد دو یا تین سال گزر جائیں اور حیض نہ آئے تو مریضہ کے متعلق محتاط تحقیق کی ضرورت ہوتی ہے۔ عمومی صحت کی حالت، بلوغ کے جمیز تغیرات کی موجودگی اور عمومی نمو ایسے امور ہیں جن کی طرف پہلے خیال کرنا چاہئے۔ اگر امتحان کا یہ جزو منفی ثابت ہو تو مقامی امتحان کی ضرورت پڑتی ہے، اور اگر معائنہ پر فرج اور دہنہ مہمل طبعی حالت پر پائے جائیں تو یہ امتحان معدوم جس کے زیر اثر کرنا چاہئے۔ جن ممکن الوجود نقص کا اوپر ذکر کیا گیا ہے ان میں سے ایک ایک کے متعلق تحقیقات کرنا چاہئے، اور انڈار کا انحصار ضرر کی نوعیت اور اس کے درجہ پر ہوتا ہے۔

درقبہ (thyroid)، یاغامیہ (pituitary) کے مقدم الختمیہ صنفی (sex hormone)

کی فعالیت کی قلت کا علاج درقی غده 'سُخامیہ' کے خلاصہ جات (pituitary extracts)، اور ایسٹرین (oestrin) کے پورے پورے فعلیاتی مساوات کا فرداً استعمال کرانے سے کیا جاتا ہے۔ ان کے اثرات کا احتیاط سے خیال رکھنا چاہئے، اور ممکن ہے کہ اس دروں افزائی علاج کو کئی ایک ماہ تک جاری رکھنا پڑے۔ ابتدائی بے طہیثیت کا کوئی نوعی علاج نہیں، لیکن ایسٹرین اور سُخامی غده کے صنفی ہارمونوں کا استعمال علم العلاج کے اس پہلو کے مظنن، جو پہلے بہت ناقابل الطمینان تصور کیا جاتا تھا، مزید معلومات حاصل کرنے کے لئے جدید تھریک کا باعث ہوا ہے۔

نثانوی بے طمثیت

(SECONDARY AMENORRHOEA)

اسباب

۱۔ (ا) عمومی لاغری جو حاملہ مرض سے پیدا ہوئی ہو، یا دوران یقہیت میں مرض یا عملیہ کی وجہ سے موجود ہو۔

(ب) مزمن امراض مثلاً تدرن، ذیابیطس، طبریہ، صنفی اعضا کے علاوہ دوسرے اعضا کا خبیث مرض، عدم دمویت وغیرہ کی شدید قسموں کے متاخر مدارج۔

۲۔ عمومی حالات مثلاً ماحول یا آب و ہوا کی تبدیلی، قید، دفعۃً سردی لگ جانا وغیرہ بعض دروں افزای غدو کے فتورات، خاصکر تخامیہ اور درقیہ کے۔

۳۔ عصبی نظام کے فتورات جو خواہ مرکزی ہوں، مثلاً جنون اور ہسٹیریا وغیرہ کی مختلف قسمیں، اور خواہ معکوس جو عصبی صدمہ یا جد سے زیادہ دماغی یا جسمانی محنت وغیرہ کی قسم کے اسباب سے پیدا ہوتے ہیں۔

۴۔ مزمن مسمومیت کی بعض قسمیں مثلاً مارفیا (morphia) کھانے کی عادت یا دوسری دواؤں یا، مزمن الکلیت، سیسہ سے پیدا شدہ مسمومیت وغیرہ۔

۵۔ مقامی حالتیں۔

(ا) رجمی ذبول (uterine atrophy)، مثلاً بیش التفاف (superinvolution) یا قبل از وقت انقطاع الطمث۔

(ب) رحم یا بیضین کی جراحی علیحدگی۔

(ج) کہف رحم کا انطاس (obliteration) مثلاً انخساث سے یا ریڈیم وغیرہ سے دروں رحم کی تباہی کے بعد۔

(د) دو جانبی ٹھوس بیضی سلعات۔

حیویت کے نمایاں نقصان سے جو خواہ مرض حاد یا لاغری پیدا کرنے والے مرض کی وجہ سے ہو، اور خواہ عصبی خستگی کی وجہ سے ہو، فضل حیض عارضی طور پر معطل ہو جاتا ہے۔ یہ ایک

واقعہ ہے کہ کسی ایسی حالت سے جس سے تو اُسے جسمانی شدید طور پر متاثر ہوں صنفی فعل سب سے پہلے منقطع ہو جاتا ہے۔ ایسی حالتوں میں حیض کے بند ہو جانے کا مطلب یہ ہے کہ تبویض موقوف ہو گئی ہے اور جب صحت بہتر ہوگی تو یہ عمل بھی شروع ہو جائے گا۔ حادثات الریہ (منونیا) انفلوئنزا اور تپ محرقہ (typhoid) وغیرہ سے جو بے طہیثیت پیدا ہوتی ہے وہ اسی قسم کی ہوتی ہے۔ اسی طرح جراحی علیہ سے جس کے لئے یہ ضروری نہیں کہ وہ اعضائے حوض پر ہی ہو، خاص کر عصبی المزاج اور نہایت ذکی الحس عورت میں تبویض پر اقلتا ہی اثر ہونے اور اس سے حیض کے بند ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے۔ مندرجہ بالا فہرست کی معتد بہ توسیع کی جاسکتی ہے، اور جن حالتوں کا اس میں ذکر کیا گیا ہے وہ محض مثالوں کے طور پر ہی بیان کی گئی ہیں۔ خارج المحوض مرض کا حیض پر غالباً کوئی نوعی اثر نہیں ہوتا۔ لیکن یہ کسی قدر صحیح معلوم ہوتا ہے کہ عمل حیض ایک ایسا فعل ہے جو عمومی صحت کی نمایاں خرابی سے آسانی موقوف ہو سکتا ہے۔ اس سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ اس کے لئے کسی نوعی علاج کی ضرورت نہیں کیونکہ مریضہ کی صحت کے درست ہونے سے حیض بھی آنے لگتا ہے۔

اگرچہ تمام شدید عدم دمویتوں میں بے طہیثیت بالعموم موجود ہوتی ہے، لیکن اخضریت (chlorosis) سے بالخصوص اس مرض کے پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ سابقہ زمانہ میں یہ حالت سولہ سے پچیس سال تک کی عمر کی لڑکیوں میں بے طہیثیت کے عام ترین اسباب میں سے تھی۔ زمانہ حال میں یہ مرض بہت نادر الوقوع ہے، بلکہ تقریباً غائب ہو گیا ہے کیونکہ اب بچے اور نوجوان عورتیں بہتر صحتی حالات میں زندگی بسر کرتے ہیں۔ ایسے مریضوں کا علاج یہ ہے کہ اعضائے ہم کی طرف توجہ کی جائے، قبض کو رفع کیا جائے اور لوہے (iron)، تانبے (copper) اور سنگھیا (arsenic) کا داخلی استعمال کرایا جائے۔ تازہ ہوا، عمدہ غذا اور محنت سے فراغت مفید مساعدات ہیں، اور عارضی عدم دمویت کی بعض حالتوں میں جو عمومی اسباب سے پیدا ہوئی ہوں طبعی فعل حیض کو از سر نو جاری کرنے کے لئے جو کچھ ضروری ہوتا ہے وہ صرف اتنا ہی ہے۔ الکحل، سیدہ، مارفین اور کوکین کی مسمومیت کے ترقی یافتہ مدارج میں اگر تغذیہ کے انتہائی اختلالات موجود ہوں تو بے طہیثیت بالعموم پائی جاتی ہے۔ گاہے گاہے کثرت سے شراب پینے سے اکثر کثرت طہت پیدا ہوتی ہے، اور زیادہ عرصہ تک مسلسل شراب پیتے رہنے سے بے طہیثیت پیدا ہوتی ہے۔

بے طہیثیت کے ساتھ فریبہ کافی کثرت کے ساتھ پائی جاتی ہے، اور ساتھ ہی نغاصہ کے

مقدم لختہ کی قلت فعل بھی بالعموم موجود ہوتی ہے۔ شدید خوف اور ہٹیریا کی طرح کے عصبی اختلال سے حیض طویل مدت تک بند رہتا ہے، اور ماحول کی تبدیلی مثلاً قید اور آب و ہوا کے انتہائی تغیرات کا بھی یہی اثر ہوتا ہے۔ یہ اغلب ہے کہ ان حالتوں میں مشار کی عصبی نظام کے ذریعہ سے ضخامہ پر اتنا ہی اثر پڑنے سے نبویض منقطع ہو جاتی ہو۔ پرولین الف (prolan A) کی پیدائش بند ہو جاتی ہے، اور گرانی جراثیم میں سنگلی واقع نہیں ہوتی۔

جن مقامی حوضی حالات کا اندراج مذکورہ بالا فہرست میں کیا گیا ہے ان کا ذکر آئندہ ابواب میں کیا جائیگا۔

اس امر کا بیان کرنا ضروری ہے کہ ثانوی بے طہیثیت کے مریضوں کی ایک خاص تعداد ایسی ہے جن میں اس عارضہ کی پیدائش کی کوئی وجہ معلوم نہیں کی جاسکتی۔ ایسی عورتیں اپنے آپ کو صنفی طاقت کے اختتام سے پیدائندہ قبل از وقت انقطاع الطمث کی مریض بنانے لگتی ہیں۔ بعض مریضوں میں بہت سے علاج کے بعد جو بظاہر بے سود معلوم ہوتا ہے حیض آنا شروع ہو جاتا ہے، اور اس کا طبعی دور جاری ہو جاتا ہے۔ بعض میں ایسا بھی ہوتا ہے کہ اگرچہ حیض طویل وقفوں کے بعد آتا ہے لیکن اس کا نوبتی ماہواری دور از سر نو ہرگز قائم نہیں ہوتا۔ موخر الذکر حالتوں میں عمومی صحت بعض اوقات قابل اطمینان ہوتی ہے، اور ایک یا دو بچے بھی پیدا ہو جاتے ہیں، گو ایسی عورتوں میں اعلیٰ درجہ کی قوت تولید ساز و نادر ہی باقی جاتی ہے۔

بے طہیثیت کے مریضوں کی ایک خاص تعداد میں بعض اوقات حیض کے چند علامات متعلقہ ماہواری ایام کے متناظر اوقات پر نمودار ہوتے ہیں جیسا کہ یہ انقطاع الطمث کی فعلیاتی بے طہیثیت کے ابتدائی سالوں میں رونما ہوتے ہیں۔ یہ علامات جن کو مجہود است حیض (menstrual molimina) (molimen = جہد) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے ہماری رائے میں صنفی ہارمون یا "ایسٹرین" (oestrin) کی فعالیتوں کا سریری منظر ہیں۔ چنانچہ بعض اوقات دروسر، دروحوض، در دکر اور متلی کی شکایتیں موجود ہوتی ہیں جو ایک یا دو دن میں رفع ہو جاتی ہیں، اور مریضہ غالباً ان کو اپنی نکالیف کے مشابہ خیال کرتی ہے جو اسے پہلے حیض کے سلسلہ میں محسوس ہوتی تھیں۔

تولیدی فعل اور دروں افزائی غد کے قریبی تعلق کی وجہ سے یہ ضرور توقع رکھنا چاہئے کہ موخر الذکر کے ضرات میں بے طہیثیت ضرور پائی جائے گی۔ در قیہ کے افراز کی قلت کا

”قَمانت“ (cretinism) کے سلسلہ میں ذکر کیا جا چکا ہے (صفحہ 164)۔ اگر مخاطی اذیم (myxedema) بہت طویل المدت ہو تو اس سے رچی ذبول واقع ہو جاتا ہے جو بعض اوقات مستقل بے طمثیت پر منتج ہوتا ہے۔ جہاں تک نچامی غدہ کا تعلق ہے ایسی درونی بالیدوں یا ایسے دو بیروں سے جو اس کے مقدمہ لختہ پر دباؤ ڈالیں ”شحمی تناسلی سو رہتہ ذیہ“ (dystrophia adiposo-genitalis) کا قولک کا علامتیہ (Frölich's syndrome) پیدا ہو سکتا ہے۔ اور یہ ایک ایسا عارضہ ہے جس میں لازمی داخلی افزات کے انقطاع کی وجہ سے ناقص تبویض اور بے طمثیت پائی جاتی ہے۔ بخلاف اس کے مقدمہ لختہ کی بیش پرورش سے جیسی کہ کبر الجوارح (acromegaly) میں پائی جاتی ہے عورتوں میں مردانہ خوص پیدا ہو جاتے ہیں جو بے طمثیت پر منتج ہوتے ہیں۔ نیز فوق کردہ کے قشر کی بیش تکونی حالتوں اور اس غدہ کی نو ساختوں کی موجودگی میں بھی مردانہ پن بے طمثیت کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ ایسی تمام حالتوں میں علاج کو کارگر بنانے کے لئے ماؤٹ غدہ کی طرف توجہ دینا چاہئے، یعنی اگر اس کی فعالیت ضرورت سے زیادہ ہو تو اس کو کم کیا جائے اور یا اگر اس کا داخلی افزا کم ہو تو غذی خلاصہ جات دئے جائیں۔

تثانوی بے طمثیت کا علاج۔ بے طمثیت کو خالصتہ ایک علامت سمجھنا چاہئے اور مرض نہ سمجھنا چاہئے۔ لہذا سبب مرضی کیفیت کا علاج کرنا چاہئے، اور کامیابی سے اس کا تدارک کرنے کا اثر یہ ہوتا ہے کہ فعل حیض از سر نو جاری ہو جاتا ہے۔

رسم و رواج سے اور سلا بعد سلا سنتے چلے آنے سے یہ خیال راسخ ہو گیا ہے کہ حیض کا باقاعدہ آنا جسمانی صحت کے لئے لازمی ہے، اور اگر حیض اُن ایام میں نہ آئے جن میں یہ بالعموم آتا تھا تو بہت سے مریضوں اور ان کے قریبی رشتہ داروں کو فکر لاحق ہو جاتی ہے۔ اگر دوسرے اور کوئی علامات موجود نہ ہوں، اور مریضہ دوسرے لحاظات سے تندرست ہو تو اس امر کی طرف اشارہ کر دینا کافی ہوتا ہے کہ حیض کے متعلق جو خیالات عام طور پر پائے جاتے ہیں وہ غلط ہیں، اور غیر ضروری علاج سے جو اکثر بے سود ثابت ہوتا ہے احتراز کرنا چاہئے۔ بہت سی ایسی عورتیں ہیں جن کو حیض عمر جھربا قاعدگی سے نہیں آتا، اور بعض کو بالکل نہیں آتا۔ یہ صحیح ہے کہ اس قسم کی بیشتر عورتوں کی قوت تولید کم ہوتی ہے، لیکن ایسی بھی کئی ایک مثالیں موجود ہیں جن سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ فعل حیض کی زیادہ عام اور طبعی شکل باروری تک کے لئے بھی ضروری نہیں۔ ہم نے ایسے واقعات دیکھے ہیں جن میں انقطاع الطمث (menopause) کے دو سال بعد

استقرار حاصل ہوا تھا۔ اور ایک مثال میں ایک ایسی عورت حاملہ ہو گئی تھی جس کو عمر بھر میں صرف ایک دفعہ حیض آیا تھا (بی۔ ڈبلیو)۔

فعل حیض کے متعلق جو فعلیاتی تحقیقات حال ہی میں ہوئی ہیں اس سے شٹاوی بیطینیت کے علاج کے لئے جدید اصول قائم کئے گئے ہیں۔ اب یہ امر تسلیم کر لیا گیا ہے کہ اس قسم کے علاج کا نصب العین یہ ہونا چاہئے کہ فعل نبویض جو عارضی طور پر موقوف ہو گیا ہے از سر نو قائم ہو جائے۔ چند حالتوں میں اس فعل کو ضخامیہ کے مقدمہ مخنہ کے خلاصہ جات کا استعمال کرانے سے جو یا تو اکیلے دئے جاتے ہیں اور یا درقیہ کے ساتھ ملا کر دئے جاتے ہیں اس فعل کو قائم کیا جاسکتا ہے۔ بعض محققین نے سفین حال میں بیضین اور نیز زیر بالہ (hypophysis) کی نوری تشعیر (light irradiation) کی بہت تعریف کی ہے (خان ڈی ویلڈ: Van de Velde، فلیٹو: Flatau، تھلر: Thaler)۔ بیضی تشعیر کے موضوع پر حال ہی میں میوکلینک (Mayo Clinic) میں ڈریپس (Drips) اور فورڈ (Ford) نے دوبارہ غور کیا ہے، اور $\frac{1}{4}$ تا $\frac{1}{2}$ جلدی اریٹھما کی مقدار (skin erythema dose) علاج کے لئے نہایت موثر تصور کیا گیا ہے۔ پارکس (Parkes) کے بیان سے جس نے مشع چربیوں پر تحقیقات کی ہے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ گرانی جراثیم کی تنابہی کے بعد ان کے از سر نو پیدا ہونے کی کوشش اس طرح عمل میں آتی ہے کہ خلیات کے سرحدی سرے محیط کی طرف سے ہیکل میں بڑھ آتے ہیں، اور ان میں نئے جراثیم کی تشکیل کا رجحان ہوتا ہے۔

بیضین کی قلت فعل کو جرابی صنفی ہارمون (follicular sex hormone) یا "ایسٹرین" (oestrin) کے ذریعہ سے ہیمان پنچانے کی کوشش بھی کی گئی ہیں۔ بہت سی تجویزات بازار میں مختلف ناموں سے فروخت کی جاتی ہیں مثلاً "پروگائینان" (Progynon)، "مینوفارمان" (Menofarman)، "ایسٹروجن" (Oestrogen)، "تھیلن" (Theelin)، "گائینوایسٹریل" (Gynoestril) وغیرہ۔ فعلیاتی نتائج حاصل کرنے کے لئے یہ ضروری ہے کہ ہارمون کی مناسب مقدار استعمال کی جائے، اور اسے زیر جلدی اشرباب کے ذریعہ سے دیا جائے۔ نوویک (Novak) نے یہ مشاہدہ کیا ہے کہ اکیلا جرابی خلاصہ (follicular extract) اور اکیلا جسم اصغر کا خلاصہ (corpus luteum extract) اتنا فائدہ نہیں کرتا جتنا کہ ان دونوں کا مرکب کرتا ہے۔ اس نے یہ رائے پیش کی ہے کہ قبل الذکر کے آٹھ یا دس اشرباب سے

مؤخر الذکر کے چھ اشارات کئے جائیں۔

بہر حال یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ صنفی ہارمون کی ان تہیزات میں جو آجکل ممکن الحصول ہیں تقریباً تمام صرف ”شقی“ (ovulating) جو بہر حال ہی کی حیثیت رکھتی ہیں، اور یہ ان میں شامل ہوتا ہے۔ اس لحاظ سے یہ اعضائے توفض کی سبیش و موسیت (hyperaemia) پیدا کرتی ہیں، اور اس طرح دروں رحمہ کے رساو کی ابتدا کرتی ہیں جو طبیعی فعل حیض کا صرف ایک جزو ہے (دیکھو صفحہ 109 و 111)۔ یہ دروں رحمی تخیر پیدا نہیں کرتی جس کا اعصار تبویض پر ہوتا ہے، اور جو اس فعل کا دوسرا جزو ہے۔ ایسے ذرائع سے گونطا ہر ایک نزف حیض پیدا ہو جاتا ہے لیکن یہ لازمی طور پر تبویض پر ولالت نہیں کرتا، اور اس لئے اگر عقم (sterility) کی حالت موجود ہو تو اس پر اثر انداز نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ رحم سے کسی نزفی مواد کے بہنے سے مریضہ کو نشاندہ کوئی نفسیاتی فائدہ پہنچے، خاص کر جبکہ وہ فعل حیض کے متعلق مشہور روایتی خیال رکھتی ہو۔ بہر کیف نزف رحمہ کے پیدا ہونے سے، مذکورہ اعتبارات کے علاوہ، اور کوئی عملی فائدہ نہیں ہوتا، تاؤنٹیکہ گرافی حرکات میں بھی ساتھ ہی شینگلی اور انتشقاق نہ پیدا کئے جاسکیں۔

ادویہ کی اس قسم کے متعلق ”جو“ ”مدرات حیض“ (emmenagogues) کے نام سے موسوم ہے، اور جس کے ساتھ فعل حیض کو تخریک پہنچانے کا ایک نوعی فعل منسوب کیا جاتا ہے، کچھ کہنے کی ضرورت نہیں۔ ان کے اثرات مابوس کن ثابت ہوئے ہیں، اور ان سے عام طور پر فی الحقیقت کوئی فائدہ نہیں ہوتا۔ ان میں سے کسی ایک کی بھی وثوق کے ساتھ تفریغ نہیں کیا جاسکتی، لیکن مندرجہ ذیل ادویہ بے ضرر ہیں، اور بعض مشاہدین کی رائے میں کبھی کبھی مفید ثابت ہوئے ہیں۔ ایپیل (Apiol) (رکفس: parsley) کا طیران پذیر روغن۔ مقدار خوراک ۲ تا ۵ قطرہ۔ مینگینیز (manganese) پرینگلینیٹ آف پوٹاش کی شکل میں (مقدار خوراک ۱ تا ۲ گرین)۔ ایلوا (aloes) قلیل عین مقداروں میں۔ جو دوا نہایت مفید ثابت ہوتی ہے وہ لوما (iron) ہے جو یا تو فیرم ریڈیکیم کی شکل میں تہا دیا جاتا ہے، یا تانبے (copper) اور سنکیا (arsenic) کے ساتھ ملا کر دیا جاتا ہے۔ اگر کوئی ظاہری عدم و موسیت موجود نہ ہو تو بھی لوہے کا استعمال چند ہفتوں تک باقاعدہ کراٹنے سے کامیابی ہوتی ہے۔ بعض مثالوں میں جہاں علاج بالا ادویہ ناکام ثابت ہو فوری آہنی پانیوں (ferruginous natural waters) کا استعمال یا اسپا (spa) کا علاج کامیاب ثابت ہوتا ہے۔

قلبت طمث (Oligomenorrhoea) یا قلت جریان حیض ایک اضافی اصطلاح ہے جس کا انحصار اوسط درجہ کی عورت کے حیض کی طبی مقدار پر ہے۔ بہر حال یہ ایک علامت ہے جس کی شکایت اکثر ایسی عورتیں طبیب کے پاس کرتی ہیں جو یہ خیال کرتی ہیں کہ ”ماہواری ایام“ میں ان کو خون حیض کافی مقدار میں نہیں آتا۔ بیشتر حالتوں میں اس کی کوئی زیادہ اہمیت نہیں ہوتی، مگر بخلاف اس کے یہ علامت بعض اوقات نورحم کی کم کوئی حالتوں کو متلازم ہوتی ہے۔ قلت طمث بعض اوقات حیض کے دونوں لازمی اجزاء (دیکھو صفحہ 111) میں سے ایک کے انقطاع کے باعث بھی پیدا ہوتی ہے۔ اگر تبویض (ovulation) اور شبق (cestrus) دونوں موقوف ہو جائیں تو بے طہیت پیدا ہو جاتی ہے، لیکن اگر ان میں سے صرف ایک ہی عنصر غائب ہو جائے تو یا تو ایام حیض کی مدت کم ہو جاتی ہے، اور یا حیض کی مقدار۔ اگر قبل الذکر (تبویض) غائب ہو جائے تو ہر طیفہ لازمی طور پر عقیم ہوتی ہے، اور اس کا علاج یہ ہونا چاہئے کہ اس نقص کو نچامیہ کے مقدم لختہ کے خلاصہ جات اور درقیہ کا استعمال کرانے سے رفع کر دیا جائے۔ اور اگر شبق موجود نہ ہو تو استعداد تولید میں کوئی نقص نہیں ہوتا، اور جریان حیض کو شبقی ہارمون (cestrus-hormone) پر مشتمل تجہیزات میں سے کسی ایک کے اثرات کرنے سے حسب خواہش بڑھایا جاسکتا ہے۔

جونوی خلاف قاعدگی ”حلز و نہ نارحم“ (cochleate uterus) (دیکھو صفحہ 146) کے نام سے موسوم ہے اس میں قلت حیض کے ساتھ اکثر شدید درجہ حیض بھی موجود ہوتا ہے۔ ایک اور نموی خلاف قاعدگی کا ذکر بھی یہاں کیا جاسکتا ہے جو فعلیاتی و طیفہ پرائنڈلز ہوتی ہے۔ اور وہ یہ ہے کہ گاہے گاہے ایک چھوٹا سا ٹھوس ”حیضی تھک“ (menstrual clot) بارود (coagulum) خارج ہوتا ہے، اور اس کے علاوہ طیفہ حیض پر دلالت کرنے والی اور کوئی چیز موجود نہیں ہوتی۔ یہ مظہر جو راجع الی السلف (atavistic) ہے اور بعض بندروں میں طبعی ہوتا ہے بعض اوقات انواع انسان میں پایا جاتا ہے۔ ہم میں سے ایک (بی۔ ڈیو) نے ایک انیس سال کی عمر کی لڑکی کی ایک مثال دیکھی ہے جس میں سولہ سال کی عمر سے ماہواری ایام کے دوران میں ہمیشہ ایک ٹھوس اور گول تھکہ خارج ہوتا تھا، جو بظاہر بہت ابتدائی اسقاط کے مشابہ ہوتا تھا۔ تھکے کے خارج ہونے میں کوئی درد نہیں ہوتا تھا، اور اس کے ساتھ کوئی نزف اور رحمی مواد بھی موجود نہیں ہوتا تھا۔ عسر الطمث (dysmenorrhoea) کے ساتھ

اس کا کوئی تعلق نہیں تھا، اور یہ بلاشبہ ایک راجح الی السلف منظر تھا۔ بعد میں جب لڑکی کی شادی ہوئی تو وہ حاملہ ہو گئی اور شادی کے بعد حیض طبعی طور پر آنے لگا۔

طمث بدیلی (طمث تعویضی)

(VICARIOUS MENSTRUATION) (XENOMENIA)

ایک دوہشت پہلے کے تمام مؤلفین امراض النساء کی بالافتقار بیرائے محض کہ بعض اوقات تناسلی خطہ کے علاوہ دوسرے اعضا سے تقریباً ہر ماہ کے بعد باقاعدہ نزفات واقع ہوتے ہیں جو یا تو طبعی حیض کا بدل اور یا اس کے متکمل ہوتے ہیں۔ ^{۱۸۸۵ء} میں روتیر (Routier) کو ۳۳ مریضوں کے متعلق اطلاعات جمع کرنے میں کامیابی ہوئی، مگر ان میں سے اکثر قدیم روایات سے ماخوذ تھیں۔ بیشتر مریضوں کے نزف کے متعلق یہ بیان کیا گیا تھا کہ یہ کسی غشاء کے مخاطی سے واقع ہوتا تھا، اور اسکے عام ترین محلات معدہ پیٹھ کی گزر گاہیں، ناک، حلق، یا امعاء تھے، اور بعض اوقات پستان اور جلدی سطوح بھی اس سے ماؤف پائے گئے۔ ان نوبی نزفات کے ساتھ حیض کے معمولی عمومی علامات بھی بالعموم موجود تھیں۔ اکثر مریضوں میں وہ عضو جس سے نزف واقع ہوا تھا کسی نہ کسی مرض کا محل تھا، مثلاً قے الدم (hæmatemesis) کی حالت میں معدی قرعہ (gastric ulcer) موجود تھا، نفث الدم (hæmoptysis) کی حالت میں سل موجود تھی، اور جلدی سطوح سے نزف واقع ہونے کی حالت میں سرطان پستان اور نفخ موجود تھے۔ جن عورتوں میں حیض جاری ہوا اور ماؤف سطوح سے نزف بھی واقع ہوتا ہوا کو یقیناً ”طمث بدیلی“ کی خالص مثالیں تصور نہیں کیا جاسکتا، اور یہ ظاہر ہے کہ ایسی مثالوں کی بیشتر تعداد کو مسترد کر دینا چاہئے۔ 174۔ بہر حال ان مریضوں کی ایک قلیل تعداد باقی رہ جاتی ہے جن کے متعلق مزید غور کرنے کی ضرورت ہے۔ ان میں نزف یقیناً معنی نقطہ نظر سے اہمیت رکھتا تھا۔ یہ ابتدائی بے طمشت کے مریض تھے، اور ان میں اس مرض کے علاوہ خلقی نقائص بھی موجود تھے، جنکی وجہ سے حیض کا طبعی طور پر آنا ناممکن تھا، نیز ان مریضوں میں نوبی ماہواری نزفات ایسی مخاطی غشاؤں سے واقع ہوتے تھے جو بظاہر تندرست معلوم ہوتی تھیں، اور ان میں طبعی حیض کے علامات کے مشابہ عمومی علامات بھی پائے جاتے تھے۔ لائڈ تھامس (Lloyd Thomas)

ششہ میں اس قسم کی ایک نوعی مثال طبع کی تھی۔ ایک بخوبی نو یافتہ لڑکی کو جسے کبھی حیض نہیں آیا تھا سترہ سال کی عمر میں شدید درد دوسرے حملے شروع ہو گئے جن کے بعد کئی دفعہ تھ ہوتی، اور آخر میں رعاف (epistaxis) بکثرت واقع ہوتا۔ درد دوسرے حملے تین سے چار دن تک جاری رہتے، اور ہر ماہ باقاعدہ ہوتے۔ لیکن رجمی زنف کسی وقت بھی نمودار نہیں ہوا۔ اکیس سال کی عمر تک یہی حالت رہی۔ اس کا امتحان کرنے پر یہ معلوم ہوا کہ ہبل کی مکمل بے انتقالبی (atresia) موجود ہے۔ ایک چھوٹا سافوق مانی شکاف دیگر اعضائے قوض کا استقصاء کیا گیا، اور یہ معلوم ہوا کہ رحم موجود نہیں ہے، مگر بائیں طرف ایک چھوٹا سا کریمچی جسم موجود ہے جسے بیض تصور کیا گیا۔ عملیہ کے بعد ماہواری انفی زنفات بدستور سابق جاری رہے۔

اس وقت سے لیکر اب تک سینٹی (Sinéty) نے اس طرح کا ایک واقعہ درج کیا جس میں زنف قتال مہرز سے واقع ہوتا تھا۔ اور مریضہ کو اکتیس سال کی عمر تک طبعی طور پر کبھی حیض نہیں آیا تھا۔ اسی قسم کے اور کئی واقعات ہمارے (بی۔ ڈیلیو کے) مشاہدہ میں بھی آئے ہیں جس کی بنا پر ہم یہ نتیجہ اخذ کرنے پر مجبور ہو جاتے ہیں کہ صادق طٹ بدلی یا طٹ کاذب (pseudo-menstruation) ایک سریرائی کیفیت ہے۔

صنعتی فعالیت کے ایسے غیر طبعی مظاہر کی وجہ ہیں بظاہر معلوم ہوتی ہے وہ یہ ہے کہ غیر طبعی اور مضطرب پیش شبغی پیش و مویت (pro-œstrual hyperæmia) کے ظہور کے ساتھ دروں رجمی تنخ کاراج الی السلف فقدان موجود ہونا ہے جو یا تو تشربی ہوتا ہے اور یا فعلیاتی۔ بعینہ اسی طرح کی مثال وہ طعنی زنف ہے جو بعض قوارض (rodents) مثلاً خرگوشوں میں پیش شبغی زمانہ (pro-œstrum) میں پایا جاتا ہے، نیز وہ تے الدم (hæmatemesis) بھی اسی طرح کی مثال ہے جو اسی قسم کے زمانہ میں بعض گوشت خوار جانوروں مثلاً بالتو بلوں میں پائی جاتی ہے۔ انسانی موضوع میں برونی حیضی زنفات (extrinsic menstrual hæmorrhages) کے واقع ہونے کا احتمال اس وقت ہوتا ہے جبکہ تبولیض ناقص ہو اور شبق (œstrus) بخوبی نو یافتہ ہو۔ اس قسم کے عارضی مظاہر اس رعاف (epistaxis) میں دیکھنے میں آتے ہیں جو سن بلوغ اور انقطاع الطمث کے زمانہ میں قلیل التوقع نہیں ہے، اور جو قبل الذکر میں مکمل حیضی قفل کے قائم ہو جانے سے اور مونزال ذکر میں شبق کے ناپید ہو جانے سے جاتا رہتا ہے۔

بدیلی زفات حیض کی ایک اور وجہ جو ابھی تک نظری ہی ہے بے محل ریزینی خلیات (ectopic decidual cells) کا تخر ہے جو جسمِ اصغر کے فعلیاتی انحطاط سے واقع ہوتا ہے۔ جوزفسن (Josefson)، کینوشیتا (Kinoshita)، آرمیسٹر (R. Meyer)، ڈبلیو۔ شا (W. Shaw)، اور دوسروں نے اس امر کی طرف توجہ دلائی ہے کہ شکم کے بہت سے مختلف رقبہ جات میں اتصالی بافت کے ایسے خلیات موجود ہوتے ہیں جو ایک "ریزینی تعامل" (decidual reaction) ظاہر کرتے ہیں اور شائے اُس تعلق کی طرف بھی اشارہ کیا ہے جو ممکن ہے کہ ان خلیات میں سے بعض اور بروں تناسلی دروں رحمی سلعا (extra-genital endometriomata) کے درمیان موجود ہو۔ اس قسم کے خاکی اتصالی بافتی خلیات کی موجودگی کاجن میں لیوٹنی ہارمون کے لئے مجبیت پائی جاتی ہو ابھی تک مظاہرہ نہیں کیا گیا، لیکن جدید تحقیقات کی روشنی میں برونی حیضی زرف کے وقوع کی جو گاہے گاہے دیکھنے میں آتا ہے، غیر مشتبہ سریریاتی شہادت کا لحاظ رکھتے ہوئے ایسے خلیات کی موجودگی کے امکان کو نظر انداز نہیں کیا جاسکتا۔

کثرت طمث اور متجاش رحمی زرف

(MENORRHAGIA AND ALLIED UTERINE HÆMORRHAGE)

175

زمانہ اعضائے حوض کے فتورات میں رحم سے زرف کا وقوع جو متغیر توازن حیض، یا طویل یا شدید جریان خون کی شکل میں ہوتا ہے، بطور علامت اکثر دیکھنے میں آتا ہے۔ طبعی حیض میں خون کی جو مقدار ضائع ہوتی ہے اس کا کوئی قیاسی معیار قائم کرنا انفرادی اختلافات کی وجہ سے ناممکن ہے، اس لئے امراضیاتی کثرت حیض کی تعریف کرنا مشکل ہے۔ اس پر زیادہ تر دو نقطہ ہائے نظر سے غور کرنا چاہئے، یعنی یہ دیکھنا چاہئے کہ نقصان خون سے پیدا شدہ عمومی اثرات کیا ہیں، جن میں سے ثانوی عدم دمویت کا خاص خیال رکھنا چاہئے، اور مریضہ کے خون حیض کی اوسط مقدار سے بڑھکر کتنا خون ضائع ہوتا ہے۔ مواد حیض کی صرف مقدار ہی جریان خون کی شدت کا معیار نہیں ہو سکتی، کیونکہ سائل حیض نہ صرف دروں رحمی تخر کے خود یا شدید حاصلات پر ہی مشتمل ہوتا ہے بلکہ علاوہ ازیں اس میں رحمی افراز بھی موجود ہوتا ہے جو متغیر جسمی اور عسقی غدود سے پیدا ہوتا ہے۔ اس افراز کی مقدار کا انحصار غدی فعالیت پر

ہوتا ہے، اور یہ شاید پیش شبقتی ہیجان کو ظاہر کرتی ہے۔ امراضیاتی نزف کی تشخیص کے سلسلہ میں ایک اہم امر مواد میں بڑے بڑے تھکوں کی موجودگی ہے۔ چھوٹے چھوٹے علقسات (thrombi) کوئی اہمیت نہیں رکھتے، اور یہ اتنے عام ہیں کہ ان کی موجودگی فعلیاتی وظیفہ کے حدود کے اندر ہی قرار دی گئی ہے۔ بڑے بڑے تھکوں سے یہ نتیجہ نکالا جاسکتا ہے کہ خون کا جریان دروں رحمہ سے اتنی سرعت سے واقع ہوتا ہے کہ دروں رحمی روبہ (intra-uterine coagulum) طیار نہیں ہو سکتا، یا دروں رحمہ کا تھکامبو کا ئی نیز فیصل (thrombokinatic function) ناقص ہے۔

امراضیاتی نزف رحم کو کئی سال سے دو قسموں یعنی ”کثرت طمث“ (Menorrhagia) اور ”استحاضہ“ (Metrorrhagia) میں تقسیم کرنے کا رواج چلا آ رہا ہے۔ یہ تقسیم اس لحاظ سے کی گئی ہے کہ آیا مضر طبعی خون فعلیاتی ماہواری ایام کے دوران میں واقع ہوتا ہے یا ان سے بلا تعلق۔ سین حال میں اصطلاحات پر از سر نو غور کیا گیا ہے تاکہ ایسی اصلاحات وضع کی جائیں جو غیر طبی نزف رحم کے امراضیاتی اسباب سے زیادہ متاسبت رکھتی ہوں۔ اب یہ تسلیم کیا جا چکا ہے کہ اس قسم کا نزف مندرجہ ذیل چار گروہوں میں سے کسی ایک میں سے ضرور ہوگا۔ یا تو ماہواری ایام جلد جلد آتے ہونگے (نعد و طمث: epimenorrhoea)، یا حیض کثرت سے آتا ہوگا (کثرت طمث: menorrhagia)، یا یہ زیادہ مدت تک جاری رہتا ہوگا (امتداد طمث: menostaxis)، یا یہ بے قاعدگی سے آتا ہوگا (رحمی سیلان الدم: metrostaxis)۔ ایک ہی مریضہ میں ایک سے زیادہ اقسام کا پایا جانا قلیل الوقوع نہیں جس سے مزید پیچیدگی پیدا ہو جاتی ہے۔

نعد و طمث (Epimenorrhoea) ”صنفي علامتية“ (sex complex) کی غیر طبیعی حالت کا ایک سرسری منظر ہے۔ صنفی علامتية ایک اصطلاح ہے جو بئیر بیل نے بے قناتی غد کے نظام کی ہم آہنگی کو ظاہر کرنے کے لئے وضع کی تھی جس پر تند رست عورت کے صنفی وظیفہ کے طبعی نمونہ کا انحصار ہے۔ اس میں کچھ شک نہیں کہ حیضی توازن زیادہ تر بیضی فعل پر دلالت کرتا ہے جہاں تک کہ جرابی فعالیت (follicular activity) کا تعلق ہے اور چونکہ مونز الکر کا انحصار نغمیہ کے مقدم لحنہ اور عمومی تحول پر ہے اس لئے یہ کہا جاسکتا ہے کہ اگر اس نظام میں کوئی اختلال واقع ہوگا تو حیضی توازن میں بھی فرق آجائے گا۔ زندگی کے

دو زمانوں میں تعدد طمث عام طور پر پایا جاتا ہے، ان میں سے ایک بلوغ کا زمانہ ہے اور دوسرا انقطاع الطمث کا۔ ان دونوں زمانوں میں مبیضی متاثر نہیں ہوتا ہے۔ قبل الذکر سن میں یہ حالت نسوی اثرات کے ساتھ پائی جاتی ہے اور موثر الذکر میں اس کے ساتھ صنفی استعداد کا استحلال بھی موجود ہوتا ہے۔ تعدد طمث ورقیہ کی مضبوط فعالیت کے نشانات، غیر طبعی صنفی ہیجان اور ان حالتوں کے ساتھ پایا جاتا ہے جو مبین کے لیسی ویری ضرر است (fibro-cystic lesions) کی پیدائش کی مساعدت کرتی ہیں، مثلاً مبیض کا سقوط اور رحمی لیپتے (uterine fibroids) وغیرہ (دیکھو صفحہ 656 و 471)۔ چند مثالوں میں ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ تبویض اور حیض کے شعبی اسباب کے درمیان ناہم آہنگی پائے جانے کا نتیجہ ہوتا ہے، جبکہ حیضی اسقاط اس طبعی نوبی نرنی مواد کے جو شعبی زمانہ میں پایا جاتا ہے رونما ہونے سے پہلے واقع ہو جاتا ہے۔

176

کثرت طمث (Menorrhagia) یا مضبوط حیضی نزل جہاں تک سائل حیض کی حقیقی مقدار کا تعلق ہے عمومی یا مقامی اسباب سے پیدا ہو سکتا ہے۔ یہ حالت اکثر صنفی ہارمون کی زیادتی فعل کا نتیجہ معلوم ہوتی ہے، اور اس کے ساتھ مبیض، ورقیہ اور سخامیہ کی غیر طبعی فعالیت پائی جاتی ہے۔ یہ مدت سے معلوم ہے کہ درقی غدہ کا تعلق فعل حیض سے ہے۔ سن بلوغ پر جو بیش پرورش اس غدہ میں پائی جاتی ہے، اور ماہواری ایام سے بیشتر اس کی طبیعی فعالیت میں جس عارضی اضافہ کی علامتیں دیکھنے میں آتی ہیں، یہ ایسے مظاہر ہیں جو ہر روز وقوع پذیر ہوتے ہیں۔

جو امراض یا کیفیتی ورقیہ پر اثر انداز ہوتی ہیں ان میں فعل حیض کا اختلال اکثر پایا جاتا ہے۔ گاردینر ہل (Gardiner Hill) اور فورسٹ اسمتھ (Forrest Smith) نے کثرت طمث کی طرف، جہاں تک اس کے مخاطی اڈیما (myxoedema) کی ایک علامت ہونے کا تعلق ہے، توجہ دلائی ہے۔ انھوں نے یہ معلوم کیا کہ جب مخاطی اڈیما انقطاع الطمث سے پہلے واقع ہوتا ہے تو کثرت طمث ۸ فیصدی واقعات میں پائی جاتی ہے۔ درقی قلت طبعی یا مصنوعی انقطاع الطمث کے بعد زیادہ کثرت سے دیکھنے میں آتی ہے، اور یہ صنفی قوت کے برقرار رہنے کے زمانہ میں اتنی کثرت سے نہیں پائی جاتی۔

مرض گریوز (Graves' disease) کے ابتدائی مدارج میں کثرت طمث

کثیر الوقوع ہوتی ہے اور بنظر اہر ایسا معلوم ہوتا ہے کہ مفرط صنفی فعالیت اور فعل درقیہ میں ایک آویزش شروع ہو جاتی ہے۔ اول اول شبعی ہارمون کا غلبہ رہتا ہے جب درقیہ میں تعویضی بیش پرورش واقع ہو جاتی ہے تو بیش شبعی فعالیت کے علامات کم ہو جاتے ہیں، اور جوں جوں مرض ترقی کرتا جاتا ہے بے طمئیت بتدریج نمودار ہو جاتی ہے۔ بے طمئیت کی پیدائش میں تبویض کے انقطاع سے جس کے ساتھ عمومی ہنالت (general asthenia) اور پیشاب اور براز میں کیلسیم کے اطلاق کے اخراج کی زیادتی پائی جاتی ہے، غالباً تیزی پیدا ہو جاتی ہے۔

مشار کی عصبی نظام کو بھی رحم کے غیر طبعی نوزف کی پیدائش کا ایک سبب تسلیم کرنا چاہئے۔ دماغی صدمہ یا تبدیلی ماحول کا جو اثر عارضی بے طمئیت کے پیدا کرنے کی طرف ہوتا ہے اس کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے (صفحہ 170)۔ مزید برآں اس قسم کا صدمہ نوزف رحم کے وقوع میں اسی طرح تعجیل بھی پیدا کرتا ہے جس طرح کہ اس سے اسقاط واقع ہو سکتا ہے۔ یہ سریری نتائج یا تو رحم پر بلا واسطہ مرتب ہوتے ہیں، اور یا بیض یا نخامی غدہ کے ذریعہ سے بالواسطہ۔ جو مشاہدات لوئس مکمل رائے (Louise Mellroy) اور دوسرے مشاہدین نے بیض کی عصبیت پر ہاروے کشنگ (Harvey Kushing) نے سخامیہ پر، اور کیفر (Keiffer) نے رحم پر کئے ہیں ان سے ہیں یہ معلوم ہوا ہے کہ ان اعضا کو عصبی ریشے اور عقود (ganglia) بافراط رسید پہنچاتے ہیں، اور ان اعضا اور مشار کی نظام کے افعال میں بلاشبہ ایک قریبی تعلق موجود ہے۔

دوسرے اسباب میں سے جن کا فعل حیض پر یہ مضر اثر ہوتا ہے کہ خون حیض بافراط ضائع ہونے لگتا ہے چند امراض خون ہیں، مثلاً متلف عدم دمویت (pernicious anaemia) اور لمفی سفید دمویت (lymphatic leukaemia)۔ ایک مریضہ میں جو حال ہی میں ہم میں سے ایک (بی۔ ڈیلو) کے مشاہدہ میں آئی تھی رحم سے ہلک نوزف واقع ہوا، اس مریضہ کو لمفی سفید دمویت کا عارضہ لاحق تھا۔

نوزفہ (haemophilia) سے جو عورتوں میں ایک نادر الوقوع مرض ہے، ماہوار یا مہینہ میں خطرناک نوزف رحم پیدا ہو سکتا ہے۔ حادثہ سرائتی امراض میں بعض اوقات حیض بافراط آنے لگتا ہے، اور یہ قاعدہ نزفات بھی واقع ہونے لگتے ہیں۔ کہا جاتا ہے کہ قلب کے

مصرائی امراض سے نزف واقع ہو جاتا ہے، لیکن امراض قلب کے مریضوں کا باقاعدہ امتحان کرنے سے اس خیال کی تائید نہیں ہوئی۔ ٹکمان، مزمن قبض اور گاہ بگاہ کی کثرت شراب نوشی سے، جب ان کا زمانہ وقوع ماہواری ایام سے مطابقت کرتا ہو، شدید نزف پیدا ہوتا ہے۔ یہی طرح معتدل آب و ہوا کے خطہ سے گرم آب و ہوا کے خطہ میں چلے جانے سے بعض اوقات حیض بافراط آنے لگتا ہے۔ اس امر کی مثال اکثر انگریز عورتوں میں دیکھنے میں آتی ہے جو ہندوستان جاتی ہیں۔ جن مقامی مرضی حالات سے کثرت طمث پیدا ہوتی ہے ان کا ذکر ان کے علیحدہ علیحدہ عنوانات کے تحت کرنا مناسب ہوگا، اور ان پر کسی آئندہ باب میں بحث کی جائے گی۔

مختصر یہ کہا جاسکتا ہے کہ جو ضرر یا تو دروں رحمہ کے کل رقبہ میں اور یا اس کی دیوارت میں زیادتی کے پیدا کرنے کی تائید کرتا ہو، اور یا عضلہ رحم کے طبعی انقباضی فعل میں مداخلت کرتا ہو وہ صادق کثرت طمث کی قسم کے نزف کے لئے محض ثابت ہوتا ہے۔ لہذا اس عنوان کے تحت جس قسم کے مرضی ضررات کا ذکر کیا جاسکتا ہے وہ یہ ہیں:۔ رنجشی (interstitial) اور زیر مخاطی (submucous fibroid tumours) اور سمدانے (polypi) دروں رحمی بیش پرورش اور ”نزفی رحمی مرض“ (metropathica hæmorrhagica)، حاد یا مزمن دروں رحمی التهاب (acute or chronic endometritis)، مزمن رحمی ارتکاس (chronic uterine inversion)، رحمی لمیفیت (uterine fibrosis) وغیرہ۔ جو خارج الرحم حوضی کیفیتیں حوض کے ویدی دوران خون میں مداخلت کرنے کی وجہ سے حیض کے جریان خون کی زیادتی کی بالواسطہ مساعدت کرتی ہیں وہ حاد اور مزمن حوضی سراسیمہ ہیں، مثلاً التهاب انبوبہ (salpingitis)، التهاب گرد رحمہ (perimetritis) اور عظیم الحباہ میضی نوساخوں کا دباؤ جبکہ وہ حوض میں مغز ہو گئی ہوں۔

حال ہی میں ایسی شہادت پیش کی گئی ہے جس سے اس خیال کی تائید ہوتی ہے کہ ذاتی کثرت طمث (idiopathic menorrhagia) (وہ کثرت طمث جس کا بظاہر کوئی عمومی یا مقامی سبب موجود نہ ہو) کی بعض حالتیں ایسے دروں رحمہ سے پیدا ہوتی ہیں جس میں بیض کے داخلی افراز کی افراط پیدا نش، یا اسکے تضلال (perversion) یا اس کے مرضی تغیر سے ہیجان پیدا ہو گیا ہو۔ ایسی حالت کی وضاحت تشریحی نقطہ نظر سے بیض میں جرابی یا لیونی فلیٹ کی افراط کی موجودگی سے ہوتی ہے۔ اس موضوع پر کسی آئندہ باب میں بحث کی جائے گی۔

(دیکھو ”نزفی رحمی مرض“: Metropathica hæmorrhagica: صفحہ 402 و 407)۔
بمبضی فعل کا جو تعلق حال ہی میں طبعی حیض کے ناکس زوف کے ساتھ تسلیم کیا گیا ہے اسکے مد نظر
یہ فرض کرنے میں دقت پیش نہیں آتی کہ غیر طبعی جریان خون کسی نہ کسی طرح سے مبض کے
غیر طبعی یا مضطرب افراز سے پیدا ہو سکتا ہے۔

رحم کے جو مقامی ضررات کثرت طمث کے ساتھ پائے جاتے ہیں ان میں سے بیشتر اپنا
اثر ایک حالت پیدا کرنے سے کرتے ہیں جس کو مناسب طور پر ”رحمی عدم کفایت“ (uterine
insufficiency) کہا جاسکتا ہے۔ یہ عدم کفایت رحم کے ان طبعی انقباضات میں جو دوران حیض
میں واقع ہوتے ہیں رحم میں عضلی بافت کی جگہ لیفی بافت کے پیدا ہو جانے سے خلل انداز ہوتی ہے
(لیفیت رحم: fibrosis uteri، پیرانہ رحم وغیرہ) اور اس طرح جسم رحم کو متاثر کر سکتی ہے۔
دروں رحمہ میں یہ عدم کفایت زیادہ کثرت سے پائی جاتی ہے۔ طبعی صورت حالات میں دوران
حیض میں جو زوف رحم سے واقع ہوتا ہے اس کی مقدار کا انحصار زیادہ تر دروں رحمہ کے فعلیاتی
قبط پر ہوتا ہے۔ جب محقق عروق شعریہ سے خون نکلتا ہے تو یہ ان خلیات سے متماں ہوتا ہے
جو ”تخریبو کائی نیز“ (thrombokinas) سے پر ہوتے ہیں، اور ترویب بہ سرعت واقع ہو جاتی
ہے۔ بعد ازاں علقہ اس انزیم سے منکسر ہو جاتا ہے جو جسمی غد کے افراز میں موجود ہوتا ہے جو
دروں رحمی تخر سے پیدا ہوتا ہے۔ دروں رحمہ کی ذبولی حالت میں جیسی کہ لیفیت رحم (fibrosis
uteri) اور انقطاع الطمث کے زمانہ کے پیرانہ ذبولی رحم میں پائی جاتی ہے تخریبو کائی نیز
میں عدم کفایت پائی جاتی ہے، اور اس لئے زوف حیض کثرت واقع ہوتا ہے۔ بخلاف اس کے
دروں رحمہ کی بیش پرورش سے جو خواہ مقامی ہو یا منتشر غالباً تخریبو لائسین (thrombolysin)
کی پیدائش میں زیادتی اور حیضی استفا کے حاصلات میں خود پائیدگی واقع ہو جاتی ہے عروق شعریہ
کھل جاتے ہیں، اور شدید کثرت طمث واقع ہو جاتی ہے۔

امتداد طمث (Menostaxis) یا طویل المدت حیضی زوف بہت سے
لمخاطات سے غیر مکمل رحمی استفا کا منماثل ہے۔ سائل حیض کی ترکیب بالعموم طبعی ہوتی ہے،
مگر حسب معمول چار یا پنج دن میں بند ہو جانے کی بجائے یہ بارہ سے چودہ دن تک یا اس سے
بھی زیادہ دنوں تک جاری رہتا ہے۔ جریان خون زیادہ شدید نہیں ہوتا، اور سریری اثرات
اتنے نمایاں نہیں ہوتے جتنے نمایاں کہ اس وقت ہوتے ہیں جب کثرت طمث بھی موجود ہو۔

اس مرض کے علامات مریضوں کے لئے ایک مسلسل پریشانی کا باعث ہوتے ہیں جن کی نشانات ہوتی ہے کہ انہیں حیض سے کبھی فراغت نہیں ہوتی۔ قطع نظر بے آرامی کے عمومی صحت پر کچھ اثر نہیں پڑتا۔ اور جب تک کثرت طمث بھی ساتھ ہی موجود نہ ہو امتداد طمث (menostaxis) میں ثانوی عدم دمویت کا کوئی شدید درجہ بالعموم موجود نہیں ہوتا۔ حیض کا طبعی نوازن غیر متاثر رہتا ہے، اور اس لئے ہیں یہ ضرور تسلیم کرنا پڑیگا کہ تبویض کا وقوع زوف رحم کے جاری رہنے کے دوران ہی میں عمل میں آتا ہے۔

جب رحم کے مختلف حصوں کے دروں رحمہ کی تراشوں کا امتحان کیا جاتا ہے تو اس کے فعلیاتی مناظر تمام حصوں میں یکساں نہیں پائے جاتے۔

سالماتی تخرجکتی دار ہوتا ہے، اور ایسا بھی ہوتا ہے کہ یہ ایک حصہ میں ترقی پذیر ہوتا ہے اور دوسرے میں صرف پیش حیضی بیش دمویت اور زیر سطحی دموی سلمات ہی پائے جاتے ہیں اور سطح کہیں سے شکستہ نہیں ہوتی۔ گاہے گاہے بخوبی نمایاں ”ریزی“ خلیات کے رقبہ جات بھی پائے جاتے ہیں۔ اور یہ تمام صورت حالات بے قاعدگی فعل کو ظاہر کرتی ہے۔

رحم کے مختلف امراضیاتی ضررات میں اسی قسم کا حیضی زوف پایا جاتا ہے۔ اس کی ایک عام مثال وہ رحم ہے جس میں زیر مخاطی لیفی عضلی سلعہ (submucous fibromyoma) موجود ہو اور وہ کہفہ رحم میں ابھی تک ابھرا نہ ہو اور سعدانی نہ بنا ہو۔ اگر عین زوف کے دوران میں اس قسم کے دروں رقبہ کی تراشیں لی جائیں تو ان میں محولہ بالانغیرات پائے جائیں گے۔ گاہے گاہے امراضیاتی مناظر خالی آنکھ سے بھی دکھائی دیتے ہیں، اور جن رقبہ جات سے جریان خون واقع ہوتا ہے وہ نمشی وجھوں (petechial spots) یا نقطہ نما نزفات (punctiform hæmorrhages) کی شکل کے دکھائی دیتے ہیں۔

اس کی ایک اور مثال دروں رحمہ کا سادہ غدی سلعی سعدانہ (simple adenomatous polypus) ہے۔ اس قسم کی بالید میں اکثر اس وقت بھی پیش حیضی بیش دمویت یا حقیقی سطحی تخرج پایا جاتا ہے جبکہ بقیہ دروں رحمہ پس شقی حالت اختیار کر چکتا ہے، اور اس میں اندمال کا عمل جاری ہو چکتا ہے۔

امتداد طمث (menostaxis) گاہے گاہے ایسے رحموں میں بھی پایا جاتا ہے جن میں کوئی جلی امراضیاتی تغیرات موجود نہیں ہوتے۔ تاہم خرویدنی تراشوں میں ہیکل میں

”پلازما“ خلیات (plasma cells) دیکھنے میں آتے ہیں، اور ایسی حالتوں میں غالباً صادق مزمن دروں رحمی التهاب ہی چلتی دارتخر کا باعث ہوتا ہے جو طولالت حیض کا امراضیاتی سبب ہے۔

بہر کیف ایسی حالتیں بھی پائی جاتی ہیں جن میں معمولی سریریاتی تحقیقات یا کھرچنوں (curettings) کے امتحان سے رحم میں کسی قسم کے ضرات کا مظاہرہ نہیں کیا جاسکتا۔ ایسی حالتوں میں ان اسباب کا سمجھنا مشکل ہے جن سے سریری علامات پیدا ہوتے ہیں، اور ہمارے علم کی جو موجودہ حالت ہے اس کے لحاظ سے ان علامات کو معین صنفی غدو یعنی بیض اور خا میہ کے غیر طبعی فعل کے ساتھ منسوب کرنا چاہئے۔

رحمی سیلان الدم (Metrostaxis)۔ یہ اصطلاح استخاصہ (Metrorrhagia) کی مترادف ہے، اور یہ رحم کے ان تمام جریانات خون پر مشتمل ہے جو فعل حیض سے بلا واسطہ تعلق نہیں رکھتے، اور یہ اپنی کو تعبیر کرنے کے لئے مخصوص ہے۔ لہذا یہ مرض لازمی طور پر بے قاعدہ واقع ہوتا ہے۔ رحم کا وہ نرف جو سن بلوغ سے پہلے اور انقطاع الطمث کے بعد واقع ہوتا ہے اسی میں شامل ہے، مگر یہ ذہن نشین رکھنا چاہئے کہ متبادر یا متاخر تولیدی رحم سے گاہے گاہے غیر متوقع نرف کے واقع ہونے کا باعث ہو سکتی ہے۔ اسی طرح بین حیضی جریان خون بعض اوقات بیض کے غیر طبعی فعل کو ظاہر کرتا ہے، اور اس لئے نقد و طمث (epimenorrhoea) کو رحمی سیلان الدم (metrostaxis) سے خلط ملط نہ کرنا چاہئے۔

رحمی سیلان الدم عمومی یا مقامی اثرات کا نتیجہ ہو سکتا ہے۔ یہ امر کہ دروں رحمہ بیرونی اسباب کے اثر کے لئے خاص طور پر حساس ہے تعجب خیز معلوم نہیں ہوتا جب کہ اس حالت کی مضغی نوعیت کو مد نظر رکھا جائے۔ اس میں تخر اور اندمال مسلسل واقع ہوتا رہتا ہے، اور اس لحاظ سے یہ حیم کی ہر ایک ساخت سے مختلف ہے۔ لہذا جن عرق حرکی اثرات کو دوسرے اعضا میں ”ٹوڑ“ (flushing) یا بیش دمویت سے تعبیر کیا جاتا ہے ان سے دروں رحمہ کے عروق شرعیہ میں بالعموم حقیقی نرف واقع ہو جاتا ہے۔ سرانسی ثبین خون کے بعض امراض مختلف ذہنی حالتیں، کبدی کبست (hepatic cirrhosis) اور مزمن التهاب کردہ اس عنوان میں شامل ہیں۔

جو مقامی حالات رحم کے سیلان الدمی نرف سے تعلق رکھتے ہیں ان میں دونوں قسم کا

دروں رحمی اور بروں رحمی غیر طبعی نسل، اور خاص کردہ نزوف، جو مخطور یا ناقص استقلاط اور رحمی وحمات (uterine moles) وغیرہ میں پایا جاتا ہے، شامل ہیں۔ رحم کی تمام خبیثت بالیدوں سے جو خواہ سرطان (carcinoma) ہوں یا لحمی سلعہ (sarcoma) اور یا سلوی سرطان (chorionic carcinoma) اسی قسم کا نزوف واقع ہوتا ہے، اور سادہ غدی سلعی یا ”مخاطی“ سعدانہ سے بھی ایسا ہی ہوتا ہے۔ جب زیر مخاطی رحمی لیفیہ (submucous uterine fibroid) سعدانی قسم کا ہوتا ہے اور کھنڈہ رحم سے خارج ہو رہا ہوتا ہے تو یہ اکثر شدید نزوف کا باعث ہوتا ہے جو فعل حیض سے غیر متعلق ہوتا ہے، اور اس لئے یہ سیلان الدمی ہوتا ہے۔ رحم کا بلا واسطہ ضربہ (direct trauma) قلیل الوقوع ہے لیکن نین حال میں بے قاعدہ رحمی نزوف کی ایسی حالتیں دیکھنے میں آئی ہیں جو ان مقامی دروں رحمی ضررات کا نتیجہ تھیں جو ایسے اجسام غریبہ سے پیدا ہوئے تھے جو کھنڈہ رحم میں ضبط تولید کے مقاصد کے لئے داخل کئے گئے تھے۔ اسی عنوان کے تحت دروں رحمہ کے مزمن التهاب کے واقعات بھی آتے ہیں جو سادی عوامل سے پیدا ہوتے ہیں، مثلاً پیرانہ دروں رحمی التهاب، اور وہ مزمن دروں رحمی التهاب بھی اسی میں شامل ہے جو مہبل کے ان ضربی تقریحی ضررات میں پایا جاتا ہے جو غیر ملتفت فرزجوں اور اجسام غریبہ سے پیدا ہوتے ہیں۔ عنق رحم سے تمام قسموں کا جریان خون خواہ وہ کسی خبیثت نو ساخت سے تعلق رکھتا ہو یا کسی مقامی ضرر مثلاً ٹاکل (erosion) یا نذرنی تقریح (tuberculous ulceration) سے بلاشبہ لازمی طور پر سیلان الدمی ہوتا ہے جو اس کے اندر کے وہ مقامی اسباب جو رحم کے بے قاعدہ جریان خون کے پیدا کرنے میں حصہ لے سکتے ہیں اس قدر کثیر التعداد اور مختلف الانواع ہیں کہ ان کا یہ اجتماعی خاکہ جو یہاں کھینچا گیا ہے ہرگز کافی نہیں ہو سکتا۔ مطالعہ کنندہ کو اس علامت کی مزید بحث کے لئے ”خطی امراض النساء“ (صفحہ 745 و 349) کے مناسب ابواب کو دیکھنا چاہئے۔

درِ حیض

مہذب اقوام کی عورتوں کی صرف ایک قلیل تعداد ہی میں فعل حیض بغیر کسی درد کے انجام پاتا ہے۔ نندرست عورتوں میں بھی دورانِ حیض میں کسی قدر بے آرامی یا مقامی گرانی بالعموم پائی جاتی ہے۔

چونکہ مختلف افراد میں حس در مختلف ہوتی ہے، اور نیز مختلف مہجرات کے تعامل کے لئے ذاتی حساسیت پائی جاتی ہے، اس لئے کسی خاص ملک کی عورتوں میں در حیض کے توازن کا صحیح اندازہ لگانا مشکل ہے۔ اور یہ امر ان اعداد کے وسیع اختلاف سے ثابت ہوتا ہے جو مختلف مشاہدین نے پیش کئے ہیں۔ چند سال ہوئے تسی چسلم (C. Chishlom) نے استانیوں اور دستی کام کرنے والی عورتوں میں، فیصدی میں دوران حیض میں درد محسوس ہونے کا اندراج کیا۔ اور ایتھم۔ پی جیکوبی (M. P. Jacobi) نے آبادی کے اسی طبقہ کے لئے یہ تعداد ۶۶ فیصدی بیان کی ہے۔ ایتھم۔ اے۔ ہاج (M. A. Hodge) نے یہ معلوم کیا ہے کہ ایک ورزشی انجمن میں ۹۷٪ تندرست عورتوں میں در حیض کا توازن صرف ۳۱ فیصدی تھا۔ یہ ظاہر ہے کہ مذکورہ مشاہدین نے اپنے اپنے اعداد و شمار قائم کرنے کے لئے جو معیارات اختیار کئے ہیں وہ مختلف ہیں، اور یہ بھی ثابت ہوتا ہے کہ جو اعداد نسبتاً زیادہ بڑے ہیں ان میں از کار رفتگی کی بہت خفیف سی حالتوں کو بھی شامل کر لیا گیا ہے۔ ہماری رائے میں حقیقی صورت حالات کا زیادہ صحیح اندازہ تسی چسلم کے تجزیہ سے ملتا ہے جو اس نے مدرسہ کی ۵۵ طالبات میں فعل حیض کے متعلق کیا ہے۔ ان سلسلہ میں سے ۴۲ فی صدی مریضوں نے کسی قدر درد کی شکایت کی ہے، مگر ان میں سے صرف ۸ فیصدی میں یہ علامت زیادہ شدید تھی، اور محض ۸ فیصدی میں یہ از کار رفتگی کا باعث تھی۔

180

اس امر میں کچھ شبہ نہیں کہ بہت سی عورتیں صرف روایات کی بنا پر ہی ایام حیض کے ساتھ کسی قدر درد منسوب کرنے لگتی ہیں، جیسا کہ ”طبیعت ذرا ناساز ہے“ کے فقرے سے ثابت ہوتا ہے جو عورتوں میں ”ماہواری ایام“ کے دوران میں مزاج کی کیفیت ظاہر کرنے کے لئے بالعموم مستعمل ہے، اور نفسیاتی اثر اور ذہنی اثر آفرینی اہم اسباب میں سے ہیں۔ یہ امر بالعموم تسلیم کیا جاتا ہے کہ اگر درد کی توقع ہو تو یہ شروع ہو جاتا ہے، اور باقاعدہ اور مکرر حملوں سے حس درد کو زبرداد بہتیاں کو غیر طبعی طور پر محسوس کرنے کی تعلیم مل سکتی ہے۔ اس طبعی بیش حسیتی حالت کی وجہ سے جو فعل حیض کے ساتھ موجود ہوتی ہے موضوعی احساسات کا امر اضیاتی بن جانا، اور اس قسم کے اثرات کا درد کی شکل میں محسوس ہونا آسان ہوتا ہے۔ بہر حال اتنا درد جو مریضہ کو اس کے معمولی مشاغل میں جگمگاتے لینے سے کم و بیش مدت کے لئے قاصر رکھے، یقیناً غیر طبعی ہوتا ہے، اور یہ بالعموم ”دعس الطمث“ (Dysmenorrhoea) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ اس قسم کا مضر درد حیض

ایسے غیر طبعی اسباب سے پیدا ہو سکتا ہے جو خود فعل حیض سے تعلق رکھتے ہیں، اور یہ رحم کے یا حوض کے دیگر اعضا کے کسی مرض سے بھی پیدا ہو سکتا ہے جو حیض سے کسی قسم کا تعلق رکھنے کے بغیر درد کا باعث ہو، اور اس لئے عمل حیض کو بھی غیر طبعی طور پر درد خیز بنا دیتا ہو۔ موثر الذکر حالت میں عسر الطمث کو ”ثانوی“ یا ”درونی“ (extrinsic) یا ”امتلائی“ (congestive) کہتے ہیں، اور اسے اُس مرضی حالت کی جس سے یہ پیدا ہوتا ہے محض ایک علامت تصور کرنا چاہئے۔ قبل الذکر حالت میں عسر الطمث ”ابتدائی“ (primary) یا ”درونی“ (intrinsic) یا ”شعبی“ (spasmodic) ہوتا ہے، اور حیض کے وقفوں کے دوران میں مریضہ میں کسی علامت کی شکایت نہیں پائی جاتی۔ یہ ظاہر ہے کہ یہ قسم ثانوی قسم کے مقابلہ میں سریری نقطہ نظر سے زیادہ اہم ہے۔ حال کے مصنفین نے درد حیض کی ناقابل الطہان اور مبہم تقسیم اور اس کے اسی قسم کے نتیجہ کی طرف توجہ دلائی ہے، اور یہ عین ظاہر ہے کہ اُس قسم کے عارضہ پر از سر نو بحث کی جائے جس پر ”عسر الطمث“ (dysmenorrhoea) کی اصطلاح کا صحیح اطلاق ہو سکے۔ کسی ایسی مریضہ کے علامات کو جو بے آرامی کی (جسے عام طور پر ”مجهودات حیض“ menstrual molimina کہا جاتا ہے) مبالغہ آمیز شکایت سے زیادہ اور کسی تکلیف کی شکایت نہ کرتی ہو عسر الطمث قرار دینا دراصل غلط ہے۔ دروکر، درد سر، اور جارحہ اسفل میں مستمر درد اور اسی قسم کے دیگر علامات افراد کے بیش حیت نما (hyper-aesthetic index) کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں، لیکن ان کو صادق درد حیض کے ساتھ غلط ملط نہ کرنا چاہئے، جو درحقیقت رحمی الاصل ہوتا ہے۔ مزید برآں ”عسر الطمث“ کی اصطلاح میں درد حیض کی ایسی حالتوں کو بھی شامل نہ کرنا چاہئے جن میں حوض کے کسی عضو کا کوئی جلی مرض موجود ہو، مثلاً حوضی التهاب، صنفی اعضا کی بعض غیر وضعیتیں، اور رحم کی نوساختوں کی بعض قسمیں۔ ہماری (بی۔ ڈبلیو کی) رائے میں ماسی (Massey) کی وضع کردہ اصطلاح ”وجع الجیض“ (Menorrhagia) اس قسم کے درد خیز حیض کو تعبیر کرنے کیلئے قابل ترجیح ہے جو مختلف الاقسام امراضیاتی ضررات کا صرف اتفاقی سریری موافق ہوتا ہے۔ ہمارا رجحان صادق عسر الطمث کو درحقیقت رحمی قولنج (uterine colic) تصور کرنے کی طرف ہے۔ یہ ایک علیحدہ سریری حالت ہے، اور اسے سریریاتی مواد کے انبوہ سے علیحدہ سمجھ کرنا چاہئے جو حیضی بے آرامی کو متلازم ہے اور جس کے لئے ”وجع الجیض“ (Menorrhagia) کی اصطلاح زیادہ موزوں ہے۔

درجہ بیض کے سریری اقسام۔ اگرچہ درجہ بیض کی کوئی تقسیم عام طور پر تسلیم نہیں کی جاتی، اور اس قسم کی کوئی تقسیم جس پر ہادم استغیثہ ہو سکے چیز عقل سے تقریباً خارج بھی ہے، لیکن ہم مندرجہ ذیل گروہوں کا بیان کریں گے:-

۱۔ صادق عسر الطمث (True Dysmenorrhœa)۔ سائل حیض کے نمودار ہونے کے ایک یا دو گھنٹہ کے اندر اندر درد بالعموم شروع ہو جاتا ہے۔ اگرچہ ایسے وقت شروع ہو جبکہ مریضہ سو رہی ہو تو وہ درد سے بیدار ہو جاتی ہے۔ یہ درد تمام زیر معدی رقبہ پر محسوس ہوتا ہے، لیکن یہ اکثر دونوں طرفی حفزوں (iliac fossæ) میں شروع ہوتا ہے۔ شدید درد عام طور پر ایک یا دو منٹ تک رہتا ہے، اور اس کے بعد اس میں تھوڑی سی دیر کے لئے عارضی طور پر تخفیف ہو جاتی ہے۔ درد خیر شجاعت تھوڑے تھوڑے وقفوں کے بعد یکے بعد دیگرے واقع ہوتے ہیں، جیسا کہ فعلیاتی وضع حمل میں ہوتا ہے، اور دو یا تین گھنٹہ تک ان کی شدت میں اضافہ ہوتا جاتا ہے۔ بعض حالتوں میں قتر (remission) کی حقیقی مدت اس قدر قلیل ہوتی ہے کہ درد تقریباً مسلسل اور کرازی (tetanic) قسم کا ہوتا ہے۔ کئی ایک گھنٹوں کے بعد جن کی تعداد اختلاف پذیر ہے درد کی شدت میں کمی واقع ہو جاتی ہے، اور یہ زیادہ طویل وقفوں پر نمودار ہوتا ہے، اور ایک مقامی مستمر درد پر ختم ہو جاتا ہے، جو پھر یا آٹھ گھنٹوں تک باقی رہتا ہے اور مریضہ کی قوت کو تحلیل کر دیتا ہے۔ علامات کبھی دفعۃً موقوف نہیں ہوتے جیسا کہ رحم سے کسی ٹھوس مادہ کے خارج ہوجانے سے ہو سکتا ہے، مگر دوسرے لحاظات سے یہ سریری باقی خاکہ بہت سے ابتدائی استقامات سے بہت کچھ مشابہت رکھتا ہے۔ درد کی شدت سے اکثر قتر شروع ہو جاتی ہے، اور بعض اوقات خفیف سے صدمہ (shock) کے امارات موجود ہوتے ہیں، جیسا کہ یہ باریک اور تیز نبض، زرد رنگت، اور بیہوشی سے جو گاہے گاہے دیکھنے آتی ہے، ظاہر ہوتے ہیں۔ حاد درجہ میں سائل حیض قلیل المقدار ہوتا ہے، اور جوں جوں علامات میں تخفیف ہوتی جاتی ہے اس کی مقدار بڑھتی جاتی ہے۔

ایسے ایام حیض کے بعد جن میں خون حیض کثیر مقدار میں آیا ہو اور درد شدید رہا ہو، جو آئندہ ماہواری ایام آتے ہیں ان میں علامات بعض اوقات اتنے شدید نہیں ہوتے، اور بعض اوقات کوئی بے آرامی نہیں پائی جاتی۔ بخلاف اس کے جب سائل حیض قلیل المقدار ہوتا ہے جیسا کہ ناقص التکون رحم (hypoplastic uterus) میں ہوتا ہے، تو ایام حیض میں بالعموم

بہت سی مقامی تکلیف پائی جاتی ہے۔ صادق عسر الطمث یا توسن بلوغ کی ابتدا پر ظاہر ہوتا ہے اور یہ زیادہ کثرت کے ساتھ زمانہ نسائیت کے ابتدائی سالوں میں ظہور پذیر ہوتا ہے۔ حیض کے درمیانی وقفوں میں مریضہ میں قطعاً کوئی حوضی علامت موجود نہیں ہوتی، مگر نفیاتی حیثیت سے شدید درد کے متوالی حملوں کی وجہ سے بعض افراد کے متائل فی الذات (introspective) یا خود مرکوز (self-centered) بن جانے کا احتمال ہوتا ہے۔ ان مریضوں کا رکھ رکھاؤ اکثر اچھا ہوتا ہے اور اس لئے ان کی عمومی صحت بھی اچھی ہوتی ہے، لیکن ہر ماہ ان کو نہایت سخت تکلیف برداشت کرنا پڑتی ہے۔ زیر شعوری مبالغہ کا بھی بلاشبہ کچھ اثر پڑتا ہے، اور جب حیض شروع ہونے کی توقع ہوتی ہے تو تشویش اور خوف سے ان کی دماغی اور جسمانی تکلیف انتہا کو پہنچ جاتی ہے۔ اس امتیازی خصوصیت کو مد نظر رکھتے ہوئے بعض ماہرین امراض النفس نے اس امر کا انہار کیا ہے کہ عسر الطمث ایک "تشویشی عصبانیت" (anxiety neurosis) ہے، اور اس کا علاج ای طرح کرنا چاہیے جس طرح کہ مونرلڈ کر حالت کا کیا جاتا ہے، مگر ہم (بی۔ ڈبلیو) اس خیال کی تائید نہیں کرتے۔

۳۔ وجع الحیض (Menorrhagia)۔ اس قسم میں درجین کسی خاص مرض حوض کی صرف ایک علامت ہوتا ہے۔ ایسے درد کے کئی ایک نام ہیں، مثلاً "دثنانوی" یا "اکتسابی" یا "امتلائی" یا "برونی" عسر الطمث۔ خواہ کسی اصطلاح کا بھی استعمال کیا جائے یہ امر لازم ہوتا ہے کہ اس قسم کا درد اعضائے حوض کے بعض اعمال مرض میں محض ثانوی طور پر موجود ہوتا ہے۔ ایسی حالتیں بلاشبہ بہت معروف ہیں۔ حیض کے شائد گئی ایک سال تک طبعی طور پر اور بغیر کسی نامناسب درد کے ساتھ آنے کے بعد مریض کو شدید درد کی شکایت شروع ہو جاتی ہے جس کے ساتھ نزوف میں بھی اضافہ ہو جاتا ہے، اور متور حیض کے دیگر علامات بھی پائے جاتے ہیں جو اتلاف حیض میں موجود ہوتے ہیں۔ درجین کی ابتدا ضرر حوض کے پیدا ہونے کا نتیجہ ہوتی ہے، جس کی عام مثالیں یہ ہیں (۱) لیون اور مینین کے التہابی عوارض جن کے ساتھ اکثر رحم کی پس گردیدگی (retroversion) پائی جاتی ہے، (۲) میض کے نزفی و دیرے (اوروں رحمی ملمع: endometrioma) جو عام طور پر کثیف طور پر منقسم پائے جاتے ہیں، (۳) رخی (interstitial) یا زیر مخاطی فیبری ملہ (submucous fibroid tumour)۔ یہ تمام حالتیں کتھا اور ناکتھا، اور بے اولاد اور صاحب اولاد عورتوں میں یکساں طور پر پائی جاسکتی ہیں۔ اس قسم کے ضررات عمل حیض کو امتلائے حوض میں

جو حیض سے قبل اور اس کے دوران میں ہمیشہ موجود ہوتا ہے، کثیر اضافہ کرنے سے متاثر کرتے ہیں۔ لیفیتی سلعہ (fibroid tumour) کے موجود ہونے کی حالت میں رحم کے عضلی انقباضات اس جسم غریب کو خارج کرنے کی کوشش میں بعض اوقات شہجی ہو جاتے ہیں۔

اگرچہ بعض اوقات دوسرے حوضی علامات بھی موجود ہوتے ہیں، لیکن مریضہ صرف درجہ حین ہی کے لئے مشورہ طلب کرتی ہے۔ لہذا ایسے تمام مریضوں میں مفصل امتحان حوض کی ضرورت ہوتی ہے، اور جب تک یہ سرانجام نہ دے دیا جائے اُن کو زیر علاج رکھنا قرینہ دانش نہیں۔

اس قسم کے درجہ حین کی توجیہ برونی ضرر (extrinsic lesion) کی موجودگی سے قابل اطمینان طور پر کی جاسکتی ہے۔ یہ علامت شاذ و نادر ہی حقیقی طور پر ماد ہوتی ہے، اور اس کا علاج مسبب حالتوں کو رفع کرنے کے علاوہ اور کسی ذریعہ سے کامیابی سے نہیں کیا جاسکتا۔ درو کو تسکین دینے کے لئے جو تندرست اور اختیار کی جاتی ہیں اُن کا ذکر آئندہ آئے گا، اور یہ تمام اقسام کے درجہ حین کے لئے ایک ہی ہیں۔

۳۔ مہجوداتی (Moliminal)۔ یہ قسم جو ان علامات کے مبالغہ کی ایک شکل ہے جو طبعی طور پر فعل حیض کی ابتدا سے عین پہلے نمودار ہوتے ہیں، اور مجموعی طور پر ”مہجودات حیض“ کہلاتے ہیں، ان عورتوں میں دکھائی دیتی ہے جو عدیم الدم، قبض کی مریض اور ناقص التغذیہ ہوتی ہیں، اور ورزش نہیں کرتیں، اور یا بہت کم ورزش کرتی ہیں۔ ایام حیض سے پہلے ہفتہ میں ان کو چند دن بے آرامی کی شکایت رہتی ہے، اور اس کے بعد ایک سے تین دن تک ان کو شدید تکلیف رہتی ہے جس کے دوران میں روزمرہ کے مشاغل کو جاری رکھنا مشکل یا غیر ممکن ہوتا ہے۔ خون حیض کا نقصان بالعموم متوسط درجہ کا یا قلیل ہوتا ہے، اور ان کو اس ناسازی طبع سے بہت جلد افاقہ ہو جاتا ہے۔ اس قسم کی تکلیف حیض میں کسی حوضی سبب کا یا باجائز استثنائی حالتوں میں سے ہے، اور بظاہر ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ تکلیف بیشتر عمومی صحت کی خرابی سے پیدا ہوتی ہے۔ جب کوئی مریضہ اول اول زیر مشاہدہ آئے تو امتحان حوض ضروری نہیں ہوتا، کیونکہ تجربہ سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ عمومی صحت کو بہتر بنانے سے تقریباً تمام مریضوں میں حیض کی تکلیف بھی ایک بہت بڑی حد تک رفع ہو جاتی ہے۔ عدم دہویت اور قبض کا علاج کرنے کے علاوہ ان مریضوں میں جسمانی ورزش کی اہمیت کو بھی نظر انداز نہ کرنا چاہئے۔ لڑکیوں کو جناسنگ کی

ورزشیں کرنا مشکل ہے، لیکن رقص مقبول عام ہے اور تمام طبقات کی عورتیں اس سے مستفید ہو سکتی ہیں۔ اندرون خانہ اور کوئی بہتر ورزش نہیں، انہیں اگر ممکن ہو سکے تو سیدانی کھیلوں اور پیدل سیر کرنے کو ترجیح دینا چاہئے۔

حیض میں درد کے مباحی۔ جو اسباب عسر الطمث کی ابتدائی قسم یعنی صادق عسر الطمث میں فعل حیض کے دوران میں درد کا باعث ہو سکتے ہیں اب ان کا ذکر کیا جائیگا۔
(۱) انقباضات رحم۔ دوران حیض میں عضلہ رحم کے انقباضات جو کام سرانجام دیتے ہیں اس کی توضیح پہلے کی جا چکی ہے (صفحہ ۱۱۳)۔ عنق کو تنس کرنے، اور حیضی اسقاط کے حاصلات کو مہل میں خارج کرنے اور انجام کار اسد انزف میں بدودینے کے لئے موثر انقباض ضروری ہے۔ طبعی حالات کے تحت یہ انقباضات متوازن ہوتے ہیں اور عموماً درد خیز نہیں ہوتے۔ بعض حالتوں میں یہ شنجی یا کرازی شکل اختیار کر لیتے ہیں اور ان سے شدید درد پیدا ہوتا ہے، جیسا کہ اختیاری عضلات میں انٹنشن سے پیدا ہوتا ہے۔

تشنجی انقباضات یا تورحم کی ناقص تعصیب سے، اور یا اس کے عضلی نظام کی عدم کفایت سے، اور یا عنق میں کسی رکاوٹ کے موجود ہونے کی وجہ سے جس سے اس میں سے خون نہ گزر سکتا ہو، اور یا حیضی ریزینہ کے ناقص تنخر اور اس کی ناقص علیحدگی سے پیدا ہو سکتے ہیں۔ تعصیب رحم میں جو ناقص پائے جاتے ہیں ان کے متعلق صحیح طور پر کچھ بھی معلوم نہیں۔ عضلہ رحم کی عدم کفایت رحم کے خلقی ناقص نمو کی صرف انتہائی قسم (جو رضیعی رحم کے نام سے موسوم ہے) ہی میں نہیں بلکہ غیر طبعی طور پر چھوٹے رحموں کی بہت کم واضح مثالوں میں بھی ثابت کی جاسکتی ہے۔ لیغی بافت کے مقابلہ میں عضلہ کا تناسب کم ہوتا ہے، اور شاد ریشوں کی ترتیب بھی غیر طبعی ہوتی ہے۔ اس قسم کے رحم کو عمل حیض سرانجام دینے کے لئے غیر طبعی طور پر کوشش کرنے کی ضرورت ہوگی۔ اور انقباضات شنجی اور نہایت درخیز ہو جائیں گے۔

جرروی اسد دہی رحم کی غیر طبعی کوشش کا باعث ہوگا۔ اس قسم کے جرروی تبدلات رحم کی تنگنائے پر نہایت ہی حادثہ کے موجود ہونے، یا چھوٹے فم خارجی (سوزنی فم رحم) یا ایسے لیبیتی سمدانہ (fibroid polypus) کی شکل میں موجود ہونے ہیں جو تنالی عنق کو مسدود کر رہا ہو۔ تاہم سریرہ یاتی شہادت سے یہ صاف طور پر ظاہر ہوتا ہے کہ یہ تمام باتیں

بذاتِ خود عسر الطمث پیدا نہیں کرتیں، لیکن جب یہ عضلہ رحم کی عدم کفایت یا دیگر درونی اسباب کے ساتھ موجود ہوتی ہیں تو بلاشبہ اہم ہوتی ہیں۔ ان کی وجہ سے جو رکاوٹ عنت کے منتج ہونے اور حیضی ریزینہ اور سائل حیض کے اخراج میں پیدا ہوتی ہے اس پر ایسا رحم غالب آسکتا ہے جو طبعی قوت رکھتا ہو، مگر خلقی طور پر کمزور رحم کو ایسے حدودِ قوت پیش آتی ہے۔ اصطلاحاتِ قدیم میں ایسی مثالوں کو تشدوی عسر الطمث (obstructive dysmenorrhoea) کے نام سے موسوم کیا جاتا تھا، لیکن جدید خیال یہ ہے کہ تشد و بذاتِ خود اتنا خفیف ہوتا ہے کہ عملِ حیض کو اتنا زیادہ متاثر نہیں کرتا، اور اسے صرف بھی اہم تصور کرنا چاہیے جبکہ اس کے ساتھ عضلہ رحم کفایت بھی موجود ہو۔ سریریاتی تجربہ سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ ابتدائی عسر الطمث کی شدید ترین حالتیں وہ ہوتی ہیں جن میں غیر طبعی طور پر صغیر الحجم رحم میں حادثہ بھی پایا جاتا ہو، اور یا اس کا فہم خارجی غیر طبعی طور پر چھوٹا ہو۔

اس قسم کا عام ترین مقامی ضرر جسے شدید درِ حیض کا مؤید سبب تصور کیا جاسکتا ہے رحم کی ناقص انگون حالت ہے جسے ”حلزونہ نما رحم“ (cochleate uterus) کہا جاتا ہے۔ (شکل ۱۰۱)۔ نمونہ اس خلافِ قاعدگی میں جس کا نام ”صغیر الجمامت خمیدہ رحم“ (small flexed uterus) ہے عین صغیر الجمامت ہوتی ہے، اور آگے کی طرف کو محاذ طور پر خمیدہ ہوتی ہے۔ اور اس کا خاکہ اسطوانہ نما ہونے کی بجائے نیکیلا یا مخروطی ہوتا ہے۔ فہم خارجی بھی اپنی طبعی جمامت سے چھوٹا ہوتا ہے۔ سابق ماہرینِ امراض النساء اسے ”سوزنی“ فہم خارجی والی ”فخروطی“ عنت کہتے تھے، اور عسر الطمث کو اس میکانی رکاوٹ کے ساتھ منسوب کیا جاتا تھا جو رحم کے حادثہ اور تنگ قنالِ عنت سے پیدا ہوتی ہے۔ مگر اب یہ ضروری معلوم ہوتا ہے کہ اس موضوع کے متعلق زیادہ وسعتِ نظر سے کام لیا جائے۔ یہ تسلیم کرنے کے لئے معقول دلائل موجود ہیں کہ ناقص انگون رحم (hypoplastic uterus) کی ساخت اور شکل دونوں غیر طبعی ہوتی ہیں۔ یہ ایک کمزور رحم ہوتا ہے، اور خونِ حیض کو دفع کرنے کے لئے اس کو زیادہ سخت کوشش کرنے کی ضرورت ہوتی ہے، جو محاذِ درِ خیمہ شنجی انقباضات کی شکل اختیار کر لیتی ہے، اور یہ انقباضات ایک بہت بڑی حد تک درِ شکم کے دوروں کا باعث ہوتے ہیں۔ رحم کے فہم اور قنالِ عنت کے چھوٹے قطر پر کی وجہ سے بھی اس قسم کے کمزور رحم کی مشکلات میں تدریجی طور پر اضافہ ہو جاتا ہے۔

رحم کے کم انگون کی ایک خفیف قسم بھی پائی جاتی ہے جس میں یہ عضو صغیر الجمامت

ہوتا ہے مگر خمیدہ نہیں ہوتا۔ یہ اکثر پیش کردید ہوتا ہے اور ”مہلی حصہ“ (portio) چھوٹا ہوتا ہے، مگر دوسرے لحاظات سے اس کے خواص طبعی ہوتے ہیں، اور مہلی تو بے نسبتاً کشادہ اور وسیع ہونے کی بجائے تنگ اور سکڑے ہوئے ہوتے ہیں۔ اس قسم کے رحم کے ساتھ بھی تکلیف بعض اوقات اتنی ہی شدید ہوتی ہے جتنی کہ ”حزونہ نما“ (cochleate) قسم کے رحم کے ساتھ ہوتی ہے۔ بعض اوقات بہت اچھی صحت کی عورتوں میں بھی جن کا دوسرے لحاظات سے بالکل طبعی ہوتا ہے، اس قسم کے خفیف سے نوی اغلاط موجود ہوتے ہیں جو اس قسم کے شدید دردِ حیض کا باعث ہوتے ہیں۔

یہ امر کہ رحم کی ناقص التکون حالتیں بہت سی مثالوں میں درِ حیض کی پیدائش کی صرف تائیدی کرتی ہیں اس امر سے ظاہر ہے کہ ان اختلاف قاعدگیوں کے موجود ہونے کی حالت میں اکثر حیض کی کسی قسم کی شکایت موجود نہیں ہوتی، اور جب کبھی تشنجی بدشکلی معتدبہ درجہ تک موجود ہوتی ہے ”ماہواری ایام“ میں ہر مرتبہ درد نہیں پایا جاتا۔ شدید عسر الطمث کے پچاس متوالی واقعات کے ایک سلسلہ میں جن کا تجزیہ ہم (بی۔ ڈبلیو) نے رحم کی تشنجی قسموں کے لحاظ سے کیا تھا ہمیں معتدبہ ذیل اعداد حاصل ہوئے۔ طبعی، ۲۳۔ ”مزعولہ نما“ ۱۳۔ ”ریبانی“ ۶۔ ”حزونی عروق“ ۷۔ اس سلسلہ میں بخوبی مویافتہ طبعی رحموں کی اضافی کثرت تعداد وسیع سے خالی نہیں، اور اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ صادق عسر الطمث کی پیدائش کے لئے جتنی تشنجی نقص کے علاوہ کوئی اور سبب بھی ضروری ہوتا ہے۔ اس امر سے اس سریر بایاتی مشاہدہ کی توجیہ ہوتی ہے کہ رحمی خلافت قاعدگی کو رفع کرنے کے لئے جو علاج اختیار کیا جاتا ہے، جو خواہ عروق کا سادہ انساع ہو یا کوئی زیادہ وقت طلب طریقہ عمل ہو، مثلاً عروق میں شنگاف دینا یا داخلی یا خارجی رحم برآری، اس سے درِ حیض ہمیشہ رفع نہیں ہوتا۔ یہ صحیح ہے کہ علیہ کے بعد بعض حالتوں میں بہت سے مریضوں میں ماہواری ایام کے درو میں معتدبہ تخفیف ہو جاتی ہے، مگر تجربہ سے یہ عام طور پر ظاہر ہوتا ہے کہ یہ درو تین سے چھ ماہ تک کے عرصہ کے بعد پھر عود کرتا ہے۔

(ب) دروں رحمی تھکے۔ طبعی حالات کے تحت سالماتی دروں رحمی تخر کے دوران میں رحم کے اندر خونِ حیض کے چھوٹے چھوٹے روپے بناتے ہیں۔ اس عمل کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے (دیکھو صفحہ ۱۵۷)۔ جن عورتوں کو حیض بافراط آتا ہے ان کے مشاہدہ میں یہ بات آتی ہے کہ مودِ حیض کے ساتھ خون کے تھکے بھی خارج ہوتے ہیں، اور جب زنف بہت زیادہ ہوتو

ان کی جسامت بھی بعض اوقات بڑی ہوتی ہے جب یہ مہل میں طیار ہوتے ہیں تو ان کے اخراج کے دوران میں کوئی غیر معمولی درد نہیں پایا جاتا۔ اگر غیر طبعی حالات کے تحت بڑے بڑے تھکے رحم کے اندر میں جائیں تو ان کے عنت سے خارج ہونے کے وقت عموماً بہت سادہ ہو گا۔ بہر کیف صادق عسر الطمث کی شدید ترین حالتوں میں اس قسم کے تھکے شاذ و نادر ہی خارج ہوتے ہیں اور سائل حیض حقیقت اکثر قلیل المقدار ہوتا ہے اور تھوڑے عرصہ کے لئے جاری رہتا ہے۔ لہذا سریری شہادت سے بظاہر یہ ثابت ہوتا ہے کہ رحمی تھکے بذاتِ خود درِ حیض کا زیادہ اہم سبب نہیں ہیں۔

(ج) حیضی ریڑینہ۔ فعل حیض کی پیچیدہ حالت کے متعلق جو جدید نظر ہے قائم کئے گئے ہیں، ان سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ صادق عسر الطمث کے بنیادی سبب کا انحصار دروں رحمہ یا حیضی ریڑینہ کے غیر طبعی نمو پر ہے جو مقدم تخامیہ اور مبیضی ہارمونوں کے سو فیصل کا نتیجہ ہوتا ہے۔ مبیض کے طبعی اور رحم کے فوہی تغیرات کے پیدا کرنے میں جو فعل دروں افزائی نظام انجام دیتا ہے اس کا ذکر مطالعہ کنندہ کو فعلیاتِ حیض کے بیان میں دیکھنا چاہئے (دیکھو صفحات 105 تا 111)۔ یہ صاف ظاہر ہے کہ دروں افزائی خود کے افزات میں اگر کسی ایک میں بلناؤ کیفیت و کمیت کوئی فرق آجائے تو اس کا اثر دروں رحمہ پر ہوتا ہے جس سے حیضی اسقاط حد سے زیادہ درخیز ہو جاتا ہے۔

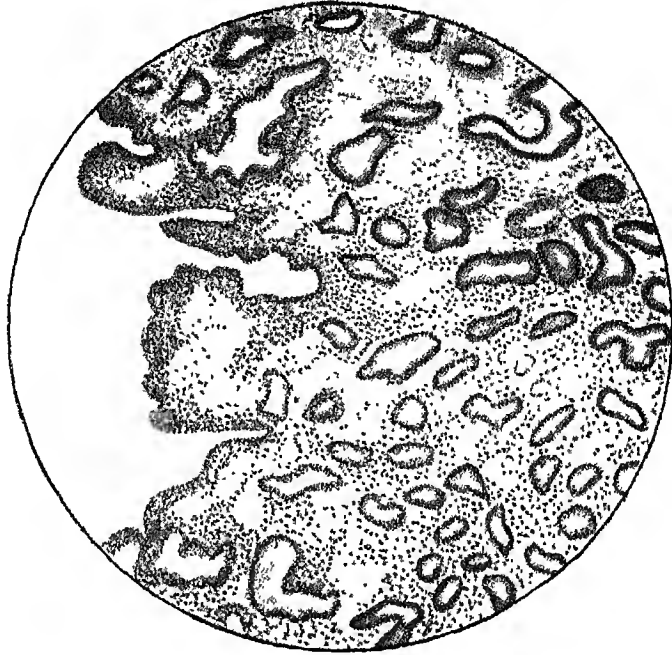
”غشائی عسر الطمث“ (membra nous dysmenorrhoea) کے نام سے ایک حالت مدت سے تسلیم کی جا چکی ہے جس میں غشا کے ٹکڑے حیضیں ”سیکے“ (casts) کہا جاتا ہے رحم میں سے خارج ہوتے ہیں۔ ایسے چند افزائیں جن میں ”حس درد“ شائد کم ہوتی ہے ایسے سیکے درِ حیض کی زیادتی کے بغیر خارج ہو جاتے ہیں۔ مگر عام طور پر ایسا ہوتا ہے کہ ان کے اخراج کے ساتھ انتہائی درجہ کا شدید درد پایا جاتا ہے۔ صادق عسر الطمث کی بہت سی حالتوں میں سائل حیض میں ٹھوس بافت کا مظاہرہ کیا جاسکتا ہے جو خالی آنکھ سے دیکھی جاسکتی ہے۔ اگرچہ نام نہاد ”غشائی عسر الطمث“ شائد سے معلوم ہے اور اس کا بیان قلمبند کیا جا چکا ہے اور یہ بالعموم کسی قدر نادر الوقوع تصور کیا جاتا ہے، مگر ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ عارضہ ایک حالت کا انتہائی درجہ ہے جس کے کمتر مدارج اتنے قلیل الوقوع نہیں۔

جب شدید عسر الطمث کی مریض عورتوں میں سائل حیض کوئی ”ماہواری ایام“ کے



میں دروں جمی یافت کے مناظر خالی آنکھ سے۔ یہ یافت صادق عمر الطث کی ایک مریضہ کے متواتر چار
 "ماہواری ایام" میں رحم سے یا تو خالص اور یا خون کے تھکے سے مخلوط خارج ہوتی تھی۔ اس مادہ کے اختلاف پذیر
 صفات بخوبی ظاہر ہیں۔ (۱) اور (۲) چھوٹے چھوٹے نرغوں "رٹ ٹیل" م "رٹ ٹیل" (rat-tail) coagula
 کو ظاہر کرتے ہیں۔ (۳) ایک مثالی جیسی "وجہ" (menstrual "mole") ہے۔ (۴) پر جیسی ریزینیکا
 وسیع سطح "غشا" کی شکل میں دکھائی دیتا ہے۔ (وائٹ ہوس۔)

دوران میں احتیاط سے باقاعدہ طور پر چمک کیا جاتا ہے اور اس کے متعلق تحقیقات کی جاتی ہے تو ایسا مادہ حاصل کیا جاسکتا ہے جس میں خوردبینی دروں رحمی "ہیولوں" (ghosts) سے لیکر طبعی



شکل ۱۲۱۔ دروں رحمی بافت کے بہت سے "ندفات" میں سے ایک کی ساخت۔ یہ ندفات متوسط شدت کے عسر الطمث کی ایک مریضہ سے لئے گئے تھے اور یہ سائل حیض میں "ماہواری ایام" کے دوسرے دن موجود تھے۔ ان کا منظر نامہ "پیش جینی" دروں رحمہ کا ہے۔ سطحی زیر سطحی و موی سلعہ (superficial subepithelial haemotoma) اور بہت سے علیٰ حالہ غدو کی موجودگی اور پیکلی نکلیات کا ابتدائی ریزینی منظر غور سے دیکھا جائے۔ بافت میں سطحی نخر موجود نہیں جیسا کہ طبعی حیض میں ہوتا ہے۔ تمام ندفات اتر آتا ہے (x 105)۔

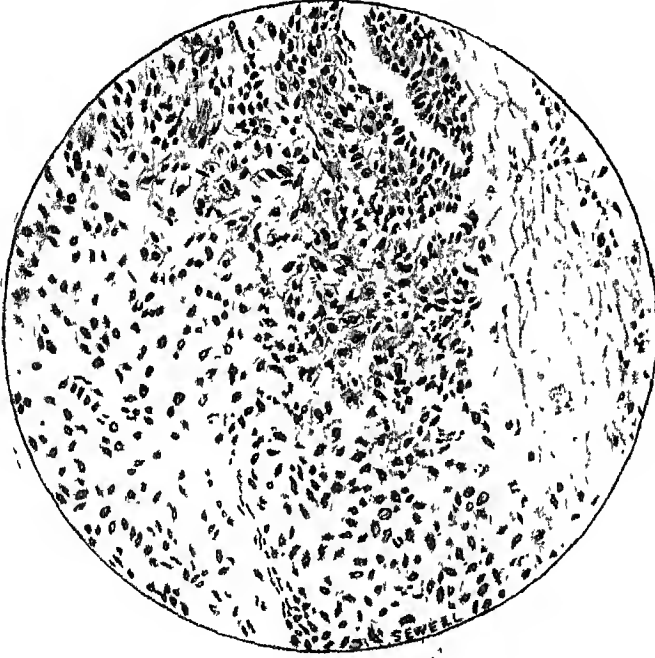
حالت میں موجود ہوتے ہیں، مکمل "سیک" (cast) تک کے "چوسلنی دروں رحمی التهاب"

(exfoliative endometritis) کی معیاری حالتوں میں خارج ہوتے ہیں، تمام مدارج پانچ جگہ ہیں دیکھو صفحہ ۸)۔

بہت سی حالتوں میں درجین کی شدت رحم سے خارج شدہ ٹھوس دروں رحمی بافت کی مقدار اور خارج شدہ ٹکڑوں کی جسامت سے بلا واسطہ تناسب رکھتی ہے۔ ایک ہی مریضہ کے متوازن ماہواری ایام میں خارج شدہ بافت کی مقدار میں معتد بہ اختلاف پایا جاتا ہے۔ اکثر ایسا ہوتا ہے کہ جب کبھی درو اور کثرت طمث کے ساتھ جیفی اربنہ کا وسیع تعریہ ہو جاتا ہے تو بعد کے ایام جیف میں اکثر زف نسبتہ قلیل المقدار ہوتا ہے، اور درو بھی بہت کم ہوتا ہے، اور خالی آنکھ سے کوئی ندفی بافت بھی نظر نہیں آتی۔

جو دروں رحمی بافت سائل جیف میں موجود ہوتی ہے وہ سربر یا پیٹری پر چھوٹے چھوٹے ندفات یا "لطفات" (plaques)، یا غشا کے ٹکڑوں یا چھوٹے چھوٹے ٹھوس "سبیکوں" (casts) کی شکل میں پائی جاتی ہے جو فائبرین پر مشتمل ہوتے ہیں جو انحطاط یافتہ دروں رحمی خلیات سے بہت مختلف ہوتی ہے۔ یہ گول ٹھوس "سبیکے" "جیفی وحیات" (menstrual moles) کے نام سے بطور پر موسوم کئے جاسکتے ہیں (دیکھو صفحہ ۸)۔ جب جیف کے ساتھ حقیقی منشا خارج ہوتی ہے تو اس کے ٹکڑوں میں وبارت اور جسامت دونوں کے لحاظ سے معتد بہ اختلاف پایا جاتا ہے۔ مکمل ترین اقسام میں کہہ رحم کے مثلث سبیکے اتر آتے ہیں جو اپنی آڑو سطح پر ہموار اور چسپیدہ سطح پر نامہوار اور کھردرے ہوتے ہیں۔ رحم کے جیفی "سبیکوں" (casts) کی فطرت بیان کی جاتی ہیں: (۱) لیفینی یا دھوی "سبیکے" اور (ب) دروں رحمی یا بافتی "سبیکے"۔ ہماری رائے میں اس قسم کی تقریقی غیر ضروری اور مغالطہ انگیز ہے، کیونکہ ابتدائی امر اضیاتی ضرر ایک ہی ہوتا ہے۔ لیفینی "سبیکے" اور دروں رحمی بافت کے ٹکڑے، دونوں کے دونوں اکثر ایک ہی عورت کے ایک ہی "ماہواری ایام" کے مواد میں پائے جاتے ہیں، اور اگر سائل جیف کا ٹھوس حصہ جمع کیا جائے تو بافت کے ندفوں کا شناخت کرنا ممکن ہوتا ہے خواہ ان کا بیشتر حصہ خون کے خشکے دار قہ دار فائبرین پر ہی کیوں نہ مشتمل ہو۔ فائبرین اور بافت کی مقدار بھی ایک ہی عورت کے مختلف "ماہواری ایام" میں بہت اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ باقی خلیات بالعموم بہت انحطاط یافتہ ہوتے ہیں، اور ان کی تکوین بھی طرح نہیں ہوتی، اور اس لئے سرحد کا خاطر خواہ مظاہرہ کرنے کے لئے بہت سی تراشوں کی ضرورت ہوتی ہے۔ ہمارا (جی۔ ڈیلوکا)

یہ خیال ہے کہ لیفینی حیضی سبیکے رحم کے اندر دروں رحمہ کے کسی قدر تہرہ کے بغیر ہرگز پیدا نہیں ہوتے۔ ان کی پیدائش اور جہامت کا انحصار غالباً نقشری عمل کی تفصیلات، معارفہ جات کی وسعت



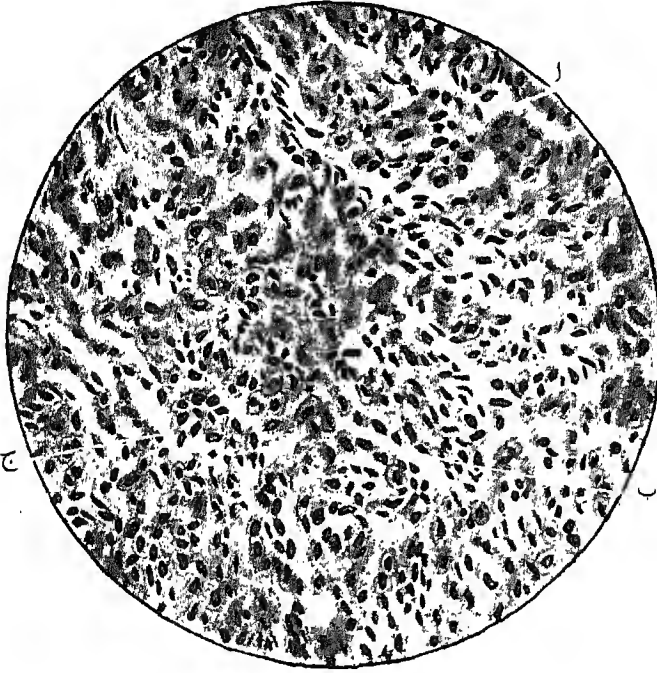
شکل ۱۲۲۔ یہ تصویر شدید عسر الطمث کی حالت میں دروں رحمہ کی تفصیلی ساخت کو ظاہر کرتی ہے۔ تراش کی دائیں جانب پر کیلی غلیات کے مثالی ریزینی خواص اور فلٹیرین کی فراہمی کو غور سے دیکھا جائے۔ سفید غلیات کی کسی قدر در ریزش موجود ہے، لیکن خون کی مایاں و عابری نہیں پائی جاتی (x ۳۵۰)۔

و عابدر خون کی مقدار اور اس کے بہاؤ کی سرعت، اور خاصکر ”وجہ“ (mole) کے کہفہ رحم کے اندر مجبوس رہنے کی مدت پر ہے۔

سائل حیض میں ٹھوس دروں رحمہ پائے جانے کی حالت میں جو شدید در حیض موجود ہوتا ہے وہ بالعموم اس رجمی قولنج (uterine colic) سے منسوب کیا جاتا ہے جو کہفہ رحم سے

باقت اور تشکلوں کے خارج ہونے کے دوران میں پیدا ہوتا ہے۔ چونکہ درد اکثر موائہ حیض کے بخوبی جاری ہوجانے سے تقریباً ایک گھنٹہ پیشتر شروع ہوجاتا ہے، اور یہ فعل حیض کے اس درجہ کی

187



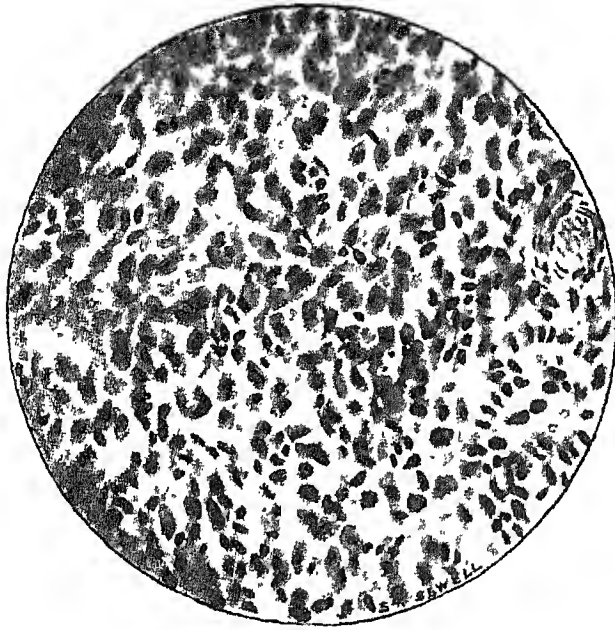
شکل ۱۲۳۔ ریزینہ کی بافت کی تصویر۔ یہ ایک مریضہ کے سائل حیض میں سے حاصل کیا گیا تھا جو شدید درجہ حیض کی شکایت کرتی تھی، لیکن اسے یہ علم نہ تھا کہ ”چھوٹے چھوٹے تشکلوں“ کے علاوہ اور کوئی چیز بھی خارج ہوتی ہے۔ یہ تصویر پہلی غلیات کے معیاری ریزینہ کی خاصہ کو ظاہر کرتی ہے۔ بافت کی ساخت شکل ۱۲۲ کے مشابہ ہے، لیکن اس حالت میں بافت کے صرف چھوٹے چھوٹے ٹکڑے سائل حیض میں موجود تھے۔ اور جب اور سچ ایسے عدد کو ظاہر کرتے ہیں جن کا سرملہ اس قدر مضبوط ہو گیا ہے کہ وہ ہیکل ہی سے ملے ہوئے دکھائی دیتے ہیں (x ۳۵۰)۔

جسے ”درجہ اول“ کہا جاسکتا ہے ایک علامت ہے لہذا یہ زیادہ قریں قیاس ہے کہ علامات

اس وقت نمودار ہوتے ہیں جبکہ متعلقہ بافتوں کی حقیقی علیحدگی عمل میں آتی ہے۔
 حیضی "سیکیوں" اور "دھموں" کے خوردبینی منظر کا ہمیشہ خاصہ یہ ہوتا ہے کہ
 دروں رحمی ہیکل کی انصافی بافت کے خلیات میں ریزینی نمو بہت نمایاں درجہ تک
 پایا جاتا ہے۔

اس امر کا اعتراف مدت سے کیا جا چکا ہے کہ بڑے بڑے حیضی سیکیوں میں ہیکلی خلیات
 کا منظر بلاشبہ ریزینی ہوتا ہے، لیکن یہ معلوم کرنا بہت ضروری ہے کہ یہی تغیر بافت کے ان
 چھوٹے چھوٹے ٹکڑوں میں بھی پایا جاتا ہے جو ایسے مریضوں کے سائل حیض میں موجود ہوتے ہیں
 جن کے رحم سے بڑی بڑی "عشائیں" خارج نہیں ہوتیں۔ ہم واقعات کے ایک سلسلہ میں
 جس کی تحقیقات ہم میں سے ایک (بی۔ ڈبلیو) نے کی ہے، سائل حیض سے حاصل شدہ مواد
 میں طبعی نام نہاد "پیش حیضی" دروں رحمہ سے لیکر مکمل طور پر بنو یافتہ ریزینہ (جو حمل کے ریزینہ کے
 مشابہ تھا) تک کے تمام تدریجی مدارج صاف ظاہر ہوتے تھے (دیکھو اشکال ۱۲۱، ۱۲۲ و ۱۲۳)
 (۱۲۴)۔ اگر بافت کچھ عرصہ تک رحم میں رہے، یا ہیکل میں محسوس ہو جائے تو ریزینی خلیات میں
 خود پاستشیدگی واقع ہو جاتی ہے اور جو خوردبینی مناظر تازہ مواد میں موجود ہوتے ہیں وہ غائب
 ہو جاتے ہیں جب خود پاستشیدگی نمایاں ہوتی ہے تو دو ویری بافت کے خلیوں کے خاکے غائب
 ہو جاتے ہیں، اور صرف لواتات ہی باقی رہ جاتے ہیں، اور اس طرح "اندھے شیشے" کا سائیک
 منظر پیدا ہو جاتا ہے (بلیئر بیل: Blair Bell) (دیکھو شکل ۱۲۴)۔ گاہے گاہے ماہواری ایام
 کے اختتام کے قریب رحم سے ایسی بافت خارج ہوتی ہے جو انتہائی انحطاط کے نتیجہ کو ظاہر کرتی ہے۔
 اس میں ریزینی قسم کے خلیات بالکل غائب ہوتے ہیں، اور خلوی فوٹسل اور سفید خلیات کے تودہ میں
 صرف چند شکسہ عدد موجود ہوتے ہیں جن سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ یہ مواد لمبا طویل دروں رحمی تھا۔
 بافت کی درجہ خود پاستشیدہ رنگی سے شدید درجہ حیض کے بعض ایسے واقعات کی توجیہ ہو سکتی ہے
 جن میں کوئی نمایاں عضوی سبب موجود نہیں ہوتا، اور جن میں کہ غرض رحم سے ریزینی بافت خارج نہیں
 ہوتی۔ شدید عسر الطمث کے ۵ واقعات میں سے ۳ جن کے متعلق ہم نے تحقیقات کی ہے، ۱۳ میں
 مواد حیض میں کسی قسم کی بافت کی موجودگی کا مظاہرہ غیر ممکن تھا باوجودیکہ یہ واقعات سریری طور پر
 انہی واقعات کے متماثل تھے جن میں سائل حیض میں ایسا مواد پایا گیا تھا۔ اس قسم کی ایک مریضہ میں
 جس میں ہر معلوم علاجی تدبیر آزمائی جا چکی تھی اور ناکام رہی تھی، رحم نعل حیض کی ابتداء کے ایک ٹکڑے

اندر اندر دور کر دیا گیا تھا جبکہ درد انتہائی شدت کو پہنچ چکا تھا۔ اس کے دروں رحمہ میں انتہائی ”ریزیٹی تعامل“ (decidual reaction) پایا گیا، جو اسی قسم کا تھا جیسا کہ اس بافت میں



شکل ۱۲۳۔ یہ ایک چھوٹے سے ”سیبیکہ“ کی تصویر ہے جو ایک مریضہ کے سائل حیض میں ایام حیض کے چوتھے دن پایا گیا تھا۔ اس مریضہ کو حیض کے پہلے دن شدید درد ہوا تھا۔ ریزیٹی تعلقات میں خود پاشیدگی کا عمل جاری ہے جس سے اس تراش میں ”اندھے شیشے“ کا سا ابتدائی منظر پیدا ہو گیا (x ۳۵۰)۔

پایا گیا تھا جو اسی قسم کے مریضوں کی مہل سے حاصل کی گئی تھی۔ یہ اغلب ہے کہ اس مثال میں حیضی ریزیٹہ کہنے رحم سے خارج نہ ہوا ہو بلکہ اس میں عظیم العفونت خود پاشیدگی واقع ہو گئی ہو جیسی کہ بعض پستانوں میں کاذب حل کی حالت کے اختتام پر طبعاً واقع ہوتی ہے۔ شکل ۱۲۵ میں دروں رحمہ کے ایک ٹکڑے میں جو ایک تیس سالہ لڑکی کے رحم سے فعل حیض کے پہلے دن

بذریعہ جوف (curettage) نکالا گیا تھا ایک بہت نمایاں ریزینی منظر دکھائی دیتا ہے، اور اس لڑکی کے سائل حیض میں بہت شدید عسر الطمث کے باوجود کوئی بافت شناخت نہیں کی جاسکتی تھی۔

اس سے یہ ظاہر ہو گیا کہ دروں رحمہ میں ریزینی خلیات کی غیر طبیعی اور مضطرب پیدائش شدید در حیض کے پیدا ہونے کا ایک اہم سبب ہے۔ یہ اس طبیعی سالانہ تیز و روک دیتی ہے جو کاذب حمل کے اختتام پر واقع ہوتا ہے، اور اس بافت کی علیحدگی اور رحم کے اندر اس کی



شکل ۱۲۵۔ ہیکلی خلیات میں دوران حیض میں نمایاں تیز۔ یہ تراش دروں رحمہ کی سطح پر سے لگی چھو بذریعہ جوف حاصل کیا گیا تھا۔

موجودگی سے رحم کے وہ بے قاعدہ درد نیز انقباضات پیدا ہوتے ہیں جو سریریاتی نقطہ نظر سے عسر الطمث کے نام سے موسوم ہیں۔

لہذا یہ قرین قیاس ہے کہ صاوق عسر الطمث کی امراضیات دروں رحمہ کے ریزینی تعامل کی فعلیات سے قرین تعلق رکھتی ہے، اور تخامیہ کے مقدم لختہ اور جسم اصغر کے افعال سے بلا واسطہ وابستہ ہے۔ پیش حیضی دروں رحمہ میں ریزینی خلیہ کا وجود اول اول مشہین (Hitschmann) اور ایڈلر (Adler) نے ثابت کیا تھا، اور اس امر میں کچھ شبہ نہیں کہ

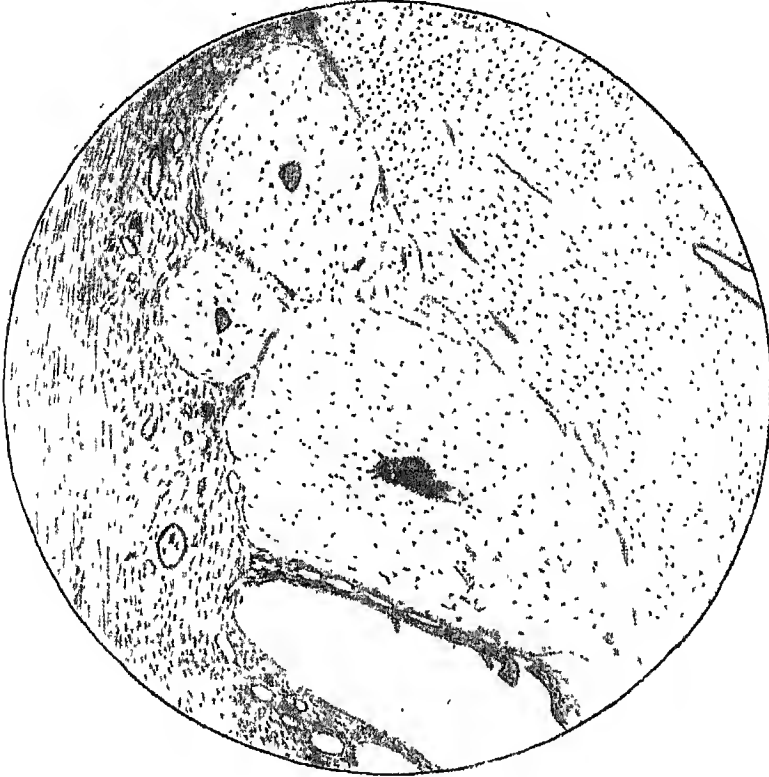
حالتِ حمل کے علاوہ اس خلیہ کی موجودگی ایک اہم طبی قانونی اہمیت رکھتی ہے۔

سین حال میں شیل (Geipel) شلر (Schiller) اور ڈبلیو شا (W. Shaw) نے رحم سے باہر کی بافتوں، مثلاً بیضین، زائدہ (appendix)، ثرب (omentum) حوض کے منفی غدود اور باریطون میں حمل اور عدم حمل کی دونوں حالتوں میں مثالی ریزینی خلیات کی عدم موجودگی کی طرف توجہ دلائی ہے۔ بہر کیف ان خلیات کی موجودگی کا انحصار تمامہ فعال جسمِ اصفر کی موجودگی پر ہے جس سے یہ امراض ظاہر ہوتا ہے کہ ریزینی تعامل کو لیوینی ہارمون منضبط رکھتا ہے۔ بیضین اور دوسرے مقامات میں ان بے عمل ریزینی خلیات کی ”چکیتی دار“ تقسیم اس امر کا مظاہرہ کرتی ہے جس کی طرف ڈبلیو شا نے اشارہ کیا ہے، یعنی اگرچہ دائر ہارمون کا وجود ناگزیر ہے مگر صرف چند خلیات ہی میج کے اثر سے تعامل پیدا کر سکتے ہیں۔ بالفاظِ دیگر ایک مقامی سبب بھی بروئے کار ہوتا ہے۔

تحقیقات سے یہ ثابت ہو چکا ہے کہ بعض حیوانات میں دروں رحم میں ریزینی خلیات کی پیدائش کو بلا واسطہ تحریک پہنچانا ممکن ہے جس سے مصنوعی ”ریزینی سلعات“ (deciduo-mata) پیدا ہو جاتے ہیں۔ لیو لوکب (Leo Loeb) نے گنی پگ میں یہ معلوم کیا ہے کہ رحم میں اجسامِ غریبہ کے داخل کرنے سے یا مخاطیہ میں شقی زمانہ کے تیسرے اور نویں دن کے درمیان جب کہ جسمِ اصفر بیض میں موجود ہوتا ہے، شکاف دینے سے ریزینی بافت کے کر پیچ پیدا کئے جاسکتے ہیں۔ یہ ریزینی سلعات غلوپی نلیوں کو باندھ دینے کے بعد بھی پیدا ہو جاتے تھے جس سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ میج بیضہ سے ہیا نہیں ہوتا۔ یہ اُس دروں رحمی مخاطیہ میں بھی پیدا ہو جاتے تھے جس کی تقسیم زیر جلدی بافتوں میں کی گئی ہو۔ ہمنڈ (Hammond) نے خرگوشوں پر تجربہ کرنے سے یہ دریافت کیا ہے کہ اسی قسم کے ریزینی سلعات قناتِ یریدہ (vasectomised) نر کی مقاربت کے بعد کے کاذب حمل کی حالت میں مصنوعی طور پر پیدا کئے جاسکتے ہیں (شکل ۱۲۶)۔

لونگ (Long) اور ایونس (Evans) نے چوہوں میں اس امر کا انکشاف کیا ہے کہ نر کی عدم موجودگی میں شیشے کے ڈنڈے سے عنقِ رحم کو میکانی ہیجان پہنچانے سے ریزینہ کے ٹکوں میں ہیجان پیدا کیا جاسکتا ہے۔ مزید براں ان میں کاذب حمل کے دوران میں دروں رحم کے راستِ ضربہ (trauma) سے یا کہنہ رحم میں زیرہ دانے (pollen grains) یا بارکیٹانے

داخل کرنے سے عین گنی پگ اور خرگوش کی طرح مصنوعی ریزیخی سلماست (artificial deciduomata) پیدا کئے جاسکتے ہیں۔



شکل ۱۲۶۔ کاذب الحمل خرگوش کا مشیمہ جو تجربہ پیداکیا گیا ہے۔ یہ رحم کی تراش ہے جس میں اتصالی بانٹ سے ریزیخی علیات بن رہے ہیں جو عروق کو گھیرے ہوئے ہیں۔ (ہیمنڈ۔ مارشل کی ”سیکسول فزیالوجی“ سے۔)

اس سے یہ صاف ظاہر ہے کہ ان تجرباتی تحقیقاتوں اور ان امراضیاتی مسائل کے درمیان جو صادق عسر الطمث کی بعض حالتوں میں پائے جاتے ہیں ایک قریبی مماثلت پائی جاتی ہے،

دونوں میں عدم حمل کی حالت میں ریزینی بافت کا مفرط نکون پایا جاتا ہے۔
اس مفرط یا بے قاعدہ ریزینی نکون کے اسباب، جو انسانی رحم میں واقع ہوتا ہے، اپنی ایک
یورپی طرح سے سمجھ میں نہیں آئے۔ ممکن ہے کہ اس کا تعلق زیر بالہ (hypophysis) کے نئی انگیز
اور لیوٹین ساز ہارمونوں کے عدم توازن سے ہو۔ حیوانات میں مشاہدہ کرنے سے یہ ثابت ہوا ہے کہ
کارگزار جسم اصغر شہقت پر اتنا ہی اثر رکھتا ہے۔ اس کی مثال یہ ہے کہ گاہے گاہے اس میں جسم اصغر
اپنی طبعی فعلیاتی دقت کے بعد تک، بھی برقرار رہتا ہے۔ اس زمانہ میں شہقت بالکل غائب ہو جاتا ہے
اور جسم اصغر کو معائے مستقیم کے راستہ سے دیا کر میض میں سے باہر نکال دینے سے شہقت پیدا
کیا جاسکتا ہے۔

اس امر کی طرف پہلے بھی توجہ دلائی جا چکی ہے کہ عسر طمث کی بعض حالتوں میں حاضہ
سے حاصل کردہ دروں رحمہ میں کاذب حملی اور شہقتی اجزاء میں اضافی عدم تناسب پایا جاتا تھا۔
اس حالت میں عدد نسبتہ صغیر الجہامت، مضبوط اور غیر فعال ہوتے ہیں۔ مقامی بیش و مہویت خفیف
ہوتی ہے، اور جس قسم کا زنف واقع ہوتا ہے اس کے متعلق ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ سالماتی تخر سے
واقع ہونے کی بجائے بافت کے حقیقۃً علیحدہ ہو جانے اور عروق شریہ کے پھٹنے سے پیدا ہوتا ہے۔
بغلاف اس کے میکی خلیات بالعموم عظیم الجہامت اور مثالی طور پر ریزینی ختم کے ہوتے ہیں۔

لہذا مذکورہ بیان سے یہ نتیجہ اخذ کیا جاسکتا ہے کہ ”اصفری“ (luteal) ہارمون
بافراط موجود ہوتا ہے، اور ”ایسٹروجن“ (estrin) کی پیدائش پر اتنا ہی اثر پڑتا ہے۔ ان
مشاہدات کی اہمیت کا انحصار اس امر پر ہے کہ مفرط ریزینی نکون کو مضبوط رکھنے اور اس طرح
در حوض کو روکنے کے لئے شہقت انگیز ہارمون کو ایک قابل قدر علاجی عامل کے طور پر استعمال
کیا جاسکتا ہے۔ ویسز (Wiener) اور جانسٹن (Johnston) کی حالیہ تحقیقات سے جو
انہوں نے ایڈتیرامین کی ہے اس خیال کی تائید ہوتی ہے۔

چونکہ تجربہ سے یہ ثابت ہو چکا ہے کہ دروں رحمہ کے ریزینی تعامل کا انحصار مقامی
خرائش اور ہجڑان پر ہے اس لئے دوران حبض میں بافتی تخر اور خود پاشیدگی کی جو مقدار
رحم میں باقی جاتی ہے وہ بھی آئندہ ابام حبض میں ریزینی خلیات کی بیش پیدائش کا ایک
سبب ہو سکتی ہے۔ اگر خود پاشیدگی غیر مکمل ہو اور حبضی استقلا کے حاصلات مکمل طور پر علیحدہ
نہ ہوئے ہوں تو یہ ممکن ہے کہ وہ چھوٹے چھوٹے قلعے (thrombi) اور بافت کے ٹکڑے جو

رحم کے اندر رہ جاتے ہیں، ان نپہ دانوں اور تاگوں کی طرح عمل کرتے ہوں جو حیوانات کے ارحام میں تجربہ داخل کئے جاتے ہیں۔ یہ ایک مصنوعی خیز امر ہے کہ دروں رحمہ کے وسیع تعویہ کے بعد جو خواہ رحم سے ”سیکوں“ (casts) کے خارج ہونے کا نتیجہ ہو یا (curettage) کا، آئندہ ایام حیض میں بالعموم درد نہیں پایا جاتا۔ یہ امر کہ آبا عنق رحم کی وہ غیر طبعی تشہیح حالتیں جن کو خراش متلازم ہوتی ہے مفرط ریزیمی تعادل پر کوئی اثر بھی رکھتی ہیں، ابھی تک مکمل طور پر تحقیق طلب ہے۔ بہر کیف اس سلسلہ میں لونگ (Long) اور ایونس (Evans) کی تجرباتی تحقیقات کو ذہن نشین رکھنا چاہئے۔

(۵) محرک العروق اختلالات۔ عمومی امتلائے حوض عمل حیض کا ایک جزو لا یشک ہے، اور شبعی ہارمون کی فعالیت کی ابتداء کا ایک مظہر ہے۔ طبعی حالات کے تحت یہ اتنا شدید نہیں ہوتا کہ اس سے درد پیدا ہو، لیکن وہ خفیف سے علامات جو قبل از حیض حالت میں ظاہر ہوتے ہیں اس کی وجہ سے پیدا ہو سکتے ہیں۔ انتہائی درجہ کے امتلا سے لازمی طور پر سخت درد پیدا ہوتا ہے، اور یہ صنفی ہارمون کی غیر طبعی فعالیت یا مقامی امراضیاتی حالات سے نتیجہ پیدا ہو سکتا ہے۔ موخر الذکر کی کثیر التعداد سرریاتی مثالیں موجود ہیں۔ انتہائی کیفیتیں رحم کی غیر وضعیتیں اور اس کے سلعے سب کے سب دورانی اختلالات پیدا کرتے ہیں جو مقامی یا عمومی امتلائے حوض کی شکل اختیار کر لیتے ہیں۔ جب دوران حوض پر امراضیاتی حالتوں میں حیضی ہارمون کا موثر العروق فعل ہوتا ہے تو اس کا حاصل اثر امتلا کے انتہائی درجہ کی شکل میں ظاہر ہو سکتا ہے، جو شدید درد پیدا کرتے کے لئے کافی ہوتا ہے۔ اس درد میں 192 نزف حیض سے پیدا شدہ مقامی افراغ (depletion) اور صنفی ہارمون کی فعالیت کے انقطاع ہی سے تسکین ہو سکتی ہے۔ یہ وہ مثالیں ہیں جو پہلے امتلائی عسر الطمث (congestive dysmenorrhoea) کے نام سے بیان کی جاتی تھیں۔ بہر حال درد ابتدائی فتور نہیں ہوتا بلکہ کسی اور مرض کی علامت ہوتا ہے۔

(۶) عصبی عضلی میکانیہ۔ حال ہی میں بلاس (Bloss) کیینیڈی (Kennedy) اور دوسرے محققین نے یہ رائے پیش کی ہے کہ شدید درد حیض رحم کے عصبی عضلی میکانیہ میں کسی ایسے نقص کے موجود ہونے کا نتیجہ ہو سکتا ہے جو یا تو مرکزی ہوتا ہے اور یا عقدی یا راجحی عضلی۔ اعصاب رحم کلاں عنقی عقدوں میں سے ہو کر گزرتے ہیں جن میں سے

ہر ایک عرقِ رحم کی ہر ایک جانب پر واقع ہوتا ہے، اور ایک دلچسپ مشاہدہ یہ کیا گیا ہے کہ مینی ہارڈ کو اس عقدی بافت پر بلا واسطہ ضبط حاصل ہے (پلوٹ ووجل: Blotvogel، پال: Poll، کینیڈی: Kennedy)۔ بیض برآری (oöphorectomy) کے بعد ان عقدوں میں بہت سے تغیرات واقع ہو جاتے ہیں، قبل اس کے کہ رچی عضلہ میں کوئی مثبتاً نظر تغیرات ثابت کئے جائیں۔ نسل کے ذرات (Nissl granules) میں پاشیدگی واقع ہو جاتی ہے، خلیات سکڑ جاتے ہیں اور کروم افی خلیات (chromaffin cells) کی تعداد کم ہو جاتی ہے۔ ایسٹرین (oestrin) دینے پر اصلی خاکہ از سر نو قائم ہو جاتا ہے۔ کینیڈی نے یہ مشاہدہ کیا ہے کہ یہ فرض کر لینا غیر مناسب نہیں ہوگا کہ مینی ہارمون کا نقصان (perversion) عقدوں پر مختلف اثر کرتا ہے، اور اس کی وجہ سے رچی انقباضات بھی متاثر ہو سکتے ہیں۔ اگر جسم ناقص الشکون (hypoplastic) یا ملزومہ نما (cochleate) قسم کا ہو تو یہ اثرات زیادہ واضح ہونگے۔

عسر الطمث کا علاج۔ صنفی فعلیات کے متعلق ہماری معلومات میں ترقی ہونے کے باوجود یہ تسلیم کرنا پڑے گا کہ درجین کا علاج بحیثیت مجموعی ناقابلِ اطمینان ہے۔ اس امر میں کچھ شبہ نہیں کہ اسکی ایک وجہ یہ ہے کہ در و افراد کی ذاتی حساسیت سے بہت قریبی تعلق رکھتا ہے۔ اس کی حقیقی اہمیت کا اندازہ نہیں کیا جاسکتا، اور اس لحاظ سے یہ تمام علامات میں سے سب سے زیادہ ناقابلِ اعتماد ہے۔ مزید برآں باقاعدہ وقفوں کے بعد در و خیز احساسات کے پیدا ہونے سے عورتوں کو قدر تا کچھ خوف سا لگا رہتا ہے، اور ایک دائرہ فاسدہ کے قائم ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے۔ لہذا جہاں تک حیض کا تعلق ہے زمانہ ریحان میں لڑکیوں کی صحیح ذہنی حالت کے نشوونما پر جس قدر زور دیا جائے کم ہے۔ اور یہ ضروری ہے کہ اس امر کا اہتمام جلد اور درد کی ”عادت“ پڑنے سے پہلے شروع کر دیا جائے۔ شفا خانوں کی نرسوں میں اس امر کی بہت اچھی مثال دیکھنے میں آتی ہے کہ ”عقل سلیم“ کی بدولت نہایت حیض کی معمولی از کار رفتی بہت بڑی حد تک رفع ہو سکتی ہے۔ بہت سی میٹرنون (matrons) اور ”ہوم سسٹرز“ (”home“ sisters) کا تجربہ ہے کہ جب شفا خانہ میں لڑکیوں کی تربیت کی ابتدا ہوتی ہے تو وہ ان عادتوں کو پورا کرنے کے لئے جو ان کو گھر میں پڑی ہیں بجد مضطرب ہوتی ہیں، یعنی ایام حیض میں وہ رخصت چاہتی ہیں، اور کام نہیں کرنا چاہتیں۔ اور جب ان سے یہ کہا جاتا ہے کہ یا تو وہ اسی طرح کام جاری رکھنے کی عادت ڈالیں، اور یا خدمت سے سبکدوش ہو جائیں تو

ایسا صرف کسی استثنائی حالت ہی میں ہوتا ہے کہ اس بنا پر کوئی لڑکی اپنے فرائض کی سرانجام دہی سے قاصر رہی ہو۔

سادہ وجہ الحیض (menorrhagia) کی شدت رفع کرنے کے لئے تحضیری تدابیر (preparatory measures) اکثر کارگر ثابت ہوتی ہیں، اور ایسی عورتوں کو ان سے خاص طور پر فائدہ ہوتا ہے جن کی عمومی صحت اچھی نہ ہو، یا جن کو قبض کی شکایت رہتی ہو، یا جو حد سے زیادہ مشقت کرتی ہوں یا جن کا مزاج اشتعال پذیر ہو۔ صحیبت حیض کے متعلق عوام الناس میں بہت سے مغالطہ انگیز خیالات پائے جاتے ہیں، اور یہ ایک ضروری امر ہے کہ ایسے خیالات کا ازالہ کیا جائے۔ مثال کے طور پر روزانہ غسل کا ذکر کیا جاسکتا ہے۔ باوجود اس کے کہ زمانہ قدیم سے اسے مضر تصور کیا جاتا ہے یہ امر تسلیم کیا جاسکتا ہے کہ رات کے وقت گرم پانی سے غسل کرنا نہ صرف ایام حیض سے پہلے ہفتہ میں بلکہ دوران حیض میں بھی، تکلیف حیض کے انسداد میں مدد کرتا ہے، اور اس کو روکتا ہے۔ حیض کے شروع ہونے سے پہلے ہفتہ کے دوران میں خفیف سے ملین کا روزانہ استعمال تمام حالتوں میں مفید ثابت ہوتا ہے اور قبض کی شدید حالتوں میں حقنوں کی ضرورت ہوتی ہے جہاں و زرشوں کی جوہریت تمام لڑکیوں کیلئے اور بالخصوص نوجوان لڑکیوں کیلئے ہے اسے اب بالعموم تسلیم کیا جاتا ہے، اور ان سے در حوض کے علاج میں جو فائدہ حاصل ہوتا ہے اس پر حال ہی میں سینڈرسن کلا (Sanderson Clow) نے بہت زور دیا ہے۔ ڈاکٹر کلا نے ۲۰۳۱ مشاہدات مدرسہ کی لڑکیوں پر کئے ہیں اور ان سے یہ نتیجہ نکالا ہے کہ ایام حیض میں گھیلوں میں حصہ لینا اور دوسرے مشاغل کو جاری رکھنا ہرگز مضر صحت نہیں، بلکہ فائدہ مند ہے۔ کلا نے یہ بیان کیا ہے کہ اُس نے در حوض کے ۲۴ مریضوں کا علاج غسل اور وزش سے کیا ہے جن میں در و کی شدت کے مختلف مدارج پائے جاتے تھے۔ یہ مریض یا تو شفا یاب ہو گئے، اور یا در دفع ہو گیا۔ این۔ ایف۔ ملر (N. F. Miller) نے بھی ۸۵ جامعاتی زیر طبلسانین (یونیورسٹی انڈرگریجویٹس) پر مشاہدہ کرنے کی بنا پر یہ بیان کیا ہے کہ اگرچہ یہ نہیں کہا جاسکتا کہ ناقص جسمانی ہیئت یا کمزور عضلی قوت سے عسر الطمث پیدا ہوتا ہے، مگر اتنا ضرور ہے کہ جسمانی ہیئت اور عضلی قوت کی اصلاح ہونے سے در حوض میں تخفیف ہو جاتی ہے۔ جن مریضوں کو کھلی ہوا میں وزش کرنے کا وقت یا موقع نہیں ملتا ان کو باقاعدہ طور پر علاجی وزشیں کرنا چاہئے۔ یہ مناسب ہے کہ مریضہ کو وزشوں کا ایک مطبوعہ نقشہ مہیا کر دیا جائے جو بہت مفید ثابت ہوتا ہے۔ اس قسم کا ایک نقشہ

ایس کلا (S. Clow) نے طیار کیا ہے، اور یہ ایچ۔ کے۔ لوئس اینڈ کو لمیٹڈ، ۳۶ اگا ورسٹریٹ
ڈبلیوسی۔ ون (H. K. Lewis & Co. Ltd., 136 Gower Street, W. C.1.) سے مل سکتا ہے۔

اگرچہ یہ سادہ ترکیبیں بہت سی ایسی حالتوں کے علاج کے لئے قابل اطمینان ثابت
ہوتی ہیں جن پر ”وجع الحیض“ (menorrhagia) کا اطلاق ہوتا ہے لیکن متعدد حالتیں ایسی
بھی پائی جاتی ہیں جن میں قوی علاج کی ضرورت ہوتی ہے۔ یہ حالتیں ”درونی“ (intrinsic)
”ذاتی“ (idiopathic) یا ”مشغی“ (spasmodic) کی مختلف اصطلاحوں سے موسوم
کی جاتی ہیں۔ ہماری رائے میں یہ حالتیں رحمی تولج سے تعلق رکھتی ہیں، اور ہم نے ان کا ذکر صادق
عمر الطمش کے نام سے پہلے کیا ہے۔ ان حالتوں میں درد اتنا شدید ہوتا ہے کہ مریضہ ایک دن
سے تین دن تک بستر پر لیٹی رہتی ہے، یا سونے کے کمرے سے باہر نہیں آ سکتی۔ ہر ایک مریضہ
کو ذاتی تجربہ سے یہ معلوم ہو جاتا ہے کہ گرم پانی کی بوتل سے درد شکم کو آرام ہوتا ہے، لیکن گرم
تکمیدات یا رانی کا گرم غسل خشک حرارت سے بلاشبہ زیادہ موثر ثابت ہوتا ہے۔

جب صورت حالات موافق ہو تو مسکن درد دوائیں دیجا سکتی ہیں جن سے کسی قدر
کامیابی کی امید کی جا سکتی ہے۔ لیکن جب تک مریضہ سکون سے آرام نہ کر سکتی ہو جبکہ ان کا اثر
ہموں یا ہوان کا استعمال بے سود ہوتا ہے۔ کبھی کبھی ایسا ہوتا ہے کہ تالیفی مسکن درد دواؤں میں
سے کوئی نہ کوئی مفید ثابت ہوتی ہے جبکہ دوسری دواؤں سے فائدہ نہ ہوا ہو۔ اور ممکن ہے کہ
یہ معلوم کرنے سے پیشتر کہ کونسی دوا کا استعمال کسی ایک مریضہ کے لئے موزوں ترین ہے ایک سے
زائد ادویہ کی آزمائش کرنا پڑے۔ اینٹی پائیرین (Antipyrin)، فیناٹین (phenacetin)،

پیرامیدان (pyramidon)، ایمونال (Ammonol)، ڈسمینال (Dysmenol) اور
سومنوسال (Somnosal) سب سے زیادہ مفید ہیں۔ گرم پانی کے ایک گھونٹ یا کسی قدر
سال والے ٹائیل (sal volatile) کے ساتھ دینے سے ان کی تاثیر بہتر ہوتی ہے جب عام
اصولوں پر علاج شروع کیا جا رہا ہو تو ایٹروپین (atropine) کی $\frac{1}{16}$ تا $\frac{1}{8}$ گرین مقداریں
متوقع ”ماہواری ایام“ سے دور و زقبل دن میں تین مرتبہ عارضی طور پر دی جا سکتی ہیں جن سے
رحمی تولج کے درد میں بعض اوقات افادہ ہو جاتا ہے۔ وین ڈن (Venn Dunn) نے
بیان کیا ہے کہ شدید حالتوں میں ایٹروپین کو لومینال (Luminol) $\frac{1}{16}$ گرین، پیرامیدان

(Pyramidon) ہگرین اور ایکسٹریکٹم ہائوسائیمائی (Extractum Hyocyami) اگر مین کے ساتھ ملانا مفید ہوتا ہے، اور ان کو کیشے (cachet) میں دینا چاہئے۔ امریکہ کے بعض مؤلفین نے ایک اور تجویز یعنی بنزویٹ آف سوڈا (benzoate of soda) کی تعریف کی ہے۔ یہ دوائی ۲۰ فیصدی انکلی محلول کے ۲۰ قطروں کی مقدار میں تجویز کی جاتی ہے جس کا تکرار حسب ضرورت کیا جاسکتا ہے۔

اس امر پر جتنا زور بھی دیا جاسکے کم ہے کہ انکلی اور مارفین دونوں سے جو اب بھی شدید عسر الطمث کے لئے تجویز کئے جاتے ہیں، فطری طور پر احتراز کرنا چاہئے عیسیٰ المزاج قسم کی عورتوں میں بالعموم در حوض کی شکایت پائی جاتی ہے، اور یہی عورتیں وہ مریض ہیں جن کو ادویہ کے استعمال کا عادی ہو جانے کے امکانات سے نہایت احتیاط سے بچانے کی ضرورت ہوتی ہے۔ اگر کبھی افیون تجویز بھی کی جائے تو اس کے دینے کا صرف ایک ہی طریقہ ہے جس کی اجازت دی جاسکتی ہے، اور وہ یہ ہے کہ اس کا استعمال بذریعہ شافہ کرایا جائے۔ اس طریقہ سے اس کا اثر زیر جلدی طریقہ کے مقابلہ میں زیادہ آہستہ ہوتا ہے، اور یہ طریقہ استعمال ایسا نہیں جو کبھی ”عادت“ کی شکل اختیار کر سکے۔

194

دروں افرازی علاج (Endocrine Therapy) اس امر کو تسلیم کرنے سے کہ شدید در حوض کی بہت سی حالتیں رحم کی ناقص التکون حالت، اور مولدات (gonads) کی عدم کفایت کی دیگر شہادتوں اور نیز درووں رحمہ کے غیر طبعی ”ریزینی“ مناظر کو متلازم ہوتی ہیں، یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ صادق عسر الطمث کا معقول علاج چھپج مولدات ہارمونوں (gonadotropic hormones) کے استعمال میں مضمر ہے۔ ڈبلیو۔ پی۔ کینیڈی (W. P. Kennedy) نے حال ہی میں اس اصول پر صادق عسر الطمث کے ۵۰ مریضوں کا ایسٹرین (oestrin) (”پروگائی نان“ Prodynon: ”تھیلین“ Theelin، ”سٹسٹومینزم“ Sistomenism) سے علاج کرنے کے بعد مندرجہ ذیل نتائج شائع کئے ہیں۔ کامل شفا ۱۱ میں (معتد بہ اصلاح ۱۱ میں، تخفیف مرض ۵ میں، خفیف اصلاح ۳ میں) عدم اصلاح ۱۰ میں۔ ”ایسٹرین“ سے عسر الطمث کا علاج کرنے کی کم کا انحصار کینیڈی کے مطابق دو امور پر ہے، یعنی بعضی ہارمون کے اس اثر پر جو عنقی عقدوں پر ہوتا ہے اور جس کا مظاہرہ کیا جا چکا ہے (دیکھو صفحہ ۱۹۲) اور اس کی اس طاقت پر جو تناسلی خطہ کی

بالیدگی میں ترقی پیدا کرتی ہے۔ ہمارا یہ خیال ہے کہ جن امور سے یہ مفید اثر مرتب ہوتا ہے وہ یہ ہیں کہ جسمِ رحم کے خدد کے افراز میں ہیجان پیدا ہوتا ہے، اور دروں رحمی ہیکل پر مزید بل فیوٹین اثر ہوتا ہے۔ یہ تسلیم کرتے ہوئے کہ ہارمون سے شدید عسر الطمث کا علاج کرنے کی تائید میں بہت کچھ کہا جاسکتا ہے، ہم یہ ضرور کہیں گے کہ اس طریقہ علاج کی یہ ابھی ابتدا ہی ہے، اور قبل اس کے کہ کوئی سمجھتا رہے قائم کی جائے بہت سی مزید سرسیری شہادتوں کی ضرورت ہوگی۔

جراحی علاج۔ جن حالتوں میں طبعی اور صحبائی علاج کا کوئی اثر نہیں ہوتا ان میں جراحی ذرائع کا اختیار کرنا ضروری ہوتا ہے۔ عسر الطمث کے جراحی علاج کے متعلق مجمل طور پر ذکر کرنا مشکل ہے کیونکہ نو کے نقائص مثلاً صغیر الجسامت پیش خمدہ رحم، ریلیانی عنق (adolescent cervix) اور چھوٹے فہم خارجی کا صحیح معنوں میں جراحی تدابیر سے قابل اطمینان علاج نہیں ہو سکتا۔ مزید برآں درجین کی پیدائش میں جو حصہ ضررات لیتے ہیں ان کو عام طور پر کسی طرح سے تسلیم نہیں کیا جاتا۔ رحم کے محور کو سیدھا، اور داخلی اور خارجی دونوں فلوں کو بڑا کیا جاسکتا ہے، لیکن اس عضو میں اپنے فعلیاتی وظیفہ کی انجام دہی کے لئے جو ناقابلیت پائی جاتی ہے اسے اس طرح رفع نہیں کیا جاسکتا اور یہ امر تعجب خیز نہیں ہے کہ ان عملیوں کے نہایت کامیاب مدعی بھی ۴۰ سے ۵۰ فی صدی مریضوں سے زیادہ کی شفا یابی کا دعویٰ نہیں کرتے۔ اگر ان حالتوں میں مہج مولدات ہارمون (gonadotropic hormone) سے فعل نمو کو ہیجان پہنچانا، اور جس مقام پر نمورک گیا ہے اس سے آگے اسے ترقی دینا ممکن ہوتا تو شاید بہتر نتائج حاصل ہو سکتے۔ مشکل یہ ہے کہ مریض کی تشخیص شاذ و نادر ہی عمر کے کافی ابتدائی حصہ میں کی جاتی ہے۔ ثانوی نمو اگرچہ سن بلوغ پر مکمل ہو جاتا ہے، مگر اس میں تاخیر واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے، اور یہ اکثر اوقات واقع ہو جاتی ہے۔ تکمیل یافتہ حمل کے فعلیاتی نتیجے سے جو رحم کی نمایاں بیش پرورش پہنچ جاتا ہے عسر الطمث سے تقریباً ہمیشہ کے لئے شفا ہو جاتی ہے۔ بد قسمتی سے صادق عسر الطمث کے خراب ترین مریض جن میں یہ مرض ناقص التکون رحم کو متلازم ہوتا ہے عقیم ثابت ہوتے ہیں۔ جہاں ممکن ہو نقائص کا جراحی ازالہ بلاشبہ مفید ہوتا ہے، کیونکہ اس سے وہ میکانیکی عنصر جو اسباب درد میں سے ہوتا ہے رفع ہو جاتا ہے۔ یہ طریقہ مریضوں کی ایک مضد بہ تعداد میں عارضی طور پر فائدہ پہنچانے کے لئے کافی ہوتا ہے، اور بعض اوقات اس سے مستقل طور پر فائدہ بھی ہو جاتا ہے۔ لہذا اگر اس کا استعمال دانائی سے کیا جائے تو

یہ ایک قابل قدر طریقہ ہے، مگر یہ وعدہ کرنا کہ اس سے شفا ہو جائے گی دانشمندی نہیں۔ بہت سے لوگوں کا یہ تجربہ ہے کہ چند ماہ کے بعد درد اکثر بچھڑ شروع ہو جاتا ہے، اور پہلے سے بھی زیادہ شدید ہوتا ہے۔

195

جہاں تک ان حالتوں کا تعلق ہے جن میں ایسے نقائص موجود نہیں ہوتے جراحی علاج علاء عنق کا انساع کرنے یا اس میں تنگائی دینے تک ہی محدود ہوتا ہے، اور جرف (curettage) بھی بالعموم ساتھ ہی اچھی طرح سے کر دیا جاتا ہے۔

انساع کی لم قطبیت رحم (uterine polarity) کے فعل اور اس عملیہ کے عنق رحم کو مشلول کر دینے کی حیثیت پر غور کرنے سے معلوم ہو سکتی ہے۔ رحم کے باقاعدہ متوقت انقباضات کا اثر عنق پر یہ ہوتا ہے کہ اس کی بافتیں نرم اور اس کی قنال منبج ہو جاتی ہے، مگر کرازی انقباضات کا اس قسم کا کوئی اثر نہیں ہوتا۔ اس کے برعکس عنق کا مصنوعی انساع کرنے سے جسم رحم پر بہ اثر ہوتا ہے کہ اس میں انقباضات پیدا ہو جاتے ہیں۔ ان مظاہر کا حامل اور غیر حامل دونوں قسم کے رحموں میں مشاہدہ کیا جاسکتا ہے۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ عسر الطمث کے مریضوں میں زور سے انساع کرنے کا کم و بیش گہرا اثر میکائینیت قطبیت پر ہوتا ہے جس سے انقباضات بیض اس طرح منظم ہو جاتے ہیں کہ ان میں کرازی اور تشنجی خواص باقی نہیں رہتے۔

اس چھوٹے سے عملیہ کو سرانجام دینے کے کئی ایک طریقے ہیں جن میں تھوڑے تھوڑے اختلافات پائے جاتے ہیں۔ پہلی بات یہ ہے کہ جس درجہ تک انساع کیا جاتا ہے وہ مختلف حالتوں میں بہت مختلف ہوتا ہے۔ ایک طریقہ یہ ہے کہ انساع کے اس درجہ سے ذرا پیمنٹر رگب جائیں جس پر عنق کی بافت کی دریدگی کا احتمال ہو۔ یہ درجہ تمام مریضوں میں ایک ہی نہیں ہوتا لیکن اوسطاً پیمنٹر ایگر (No. 10 Hegar) ہے۔ کم عمر کے مریضوں میں زیادہ عمر کے مریضوں کی نسبت دریدگی جلد پیدا ہو جاتی ہے۔ دیگر ماہرین امراض النساء کی رائے اسکے بالکل خلاف ہے۔ وہ اس خیال سے کہ قنال عنق نتیجہ مستقل طور پر عروض ہونے کی انساع کو عموماً اس حد تک لجاتے ہیں جس پر دریدگی لازمی ہو۔ متونی لیتھم (Leith) Murray نے عنق کے مکمل انساع کی پر زور حمایت کی تھی تاکہ عنق میں شل یقینی طور پر واقع ہو جائے اور اس نتیجہ پر پہنچنے کے لئے وہ ہونٹس ایمبلر قسم (Howkins-Ambler type) کے دھات کے باریک باریک درجوں والے تیس تا آسٹینٹیس موسع (dilators) استعمال کرتا تھا۔

اس کا یہ دعویٰ تھا کہ اس اصول کے مطابق علق کا بہت نرمی سے اتساع کرنے کا فائدہ یہ ہے کہ یہ بغیر کسی خطرہ کے مکمل طور پر قلع ہو جاتی ہے۔ مزید برآں بہت سے ماہرین امراض النساء کی یہ مشق ہے کہ وہ متسع علق میں شیشہ کا ایک تنّا (glass stem) داخل کرنے سے قنال کو ایک سے تین دن تک متسع رکھتے ہیں، اور بعض اتساع کے بعد قنال کو فوراً بند ہو جانے دیتے ہیں۔ اور بعض ایسا کرتے ہیں کہ دھات کے ایک قنال وار تنے کو رحم میں داخل کر دیتے ہیں، اور نم خارجی کے لب سے اسے ایک ٹانگے کے ساتھ مثبت کر دیتے ہیں، اور کئی ایک مہینوں تک اسے وہاں رہنے دیتے ہیں۔ ریاستہائے متحدہ امریکہ میں یہ طریقہ عام طور پر مستعمل ہے، لیکن اس ملک (انگلستان) میں یہ شاذ و نادر ہی عمل میں لایا جاتا ہے۔ بعض سرجن اس طرح کرتے ہیں کہ علق کو معدوم حس کے زیر اثر متسع کرنے سے ایک دن پیشتر اس میں لیمینیر یا کافیتلہ (laminaria tent) داخل کر دیتے ہیں۔ اس سے اتساع میں بلاشبہ آسانی ہو جاتی ہے، لیکن جن عورتوں کو کوئی بچہ پسیدانہ ہوا ہو ان کے لئے عموماً معدوم حس کی ضرورت ہوتی ہے۔

ان مریضوں میں کامیابی کی امید سب سے زیادہ ہوتی ہے جن میں ناقص ٹکوں کے ضرات موجود نہیں ہوتے۔ ان میں سے ۵۰ فیصدی یا تو بذریعہ اتساع و جرف بلا واسطہ شفا یاب ہو جاتے ہیں، اور یا حمل کے آئندہ استقرار سے، جس کی تائید شاذ و نادر سے بھی ہوتی ہو، ان کو شفا ہو جاتی ہے۔ اس عملیہ کو نہایت محتاط عدم عفونت طریقہ عمل کے ساتھ سرانجام دینا چاہئے۔ اگر عملیہ کی ترکیب میں کوئی نقص رہ جائے تو عفونت سے نہایت خطرناک نتائج کے پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔

شاذ و نادر پر مرض کی ایسی حالت سے بھی سابقہ بڑتا ہے جس پر مذکورہ بالا جملہ تدابیر کا کوئی اثر نہیں ہوتا۔ اس کے لئے صرف ایک ہی تدبیر باقی رہ گئی ہے اور وہ یہ ہے کہ حیض کو مکمل طور پر منقطع کر دیا جائے۔ ایسا فیصلہ کر دینے کے بعد رحم کے استیصال اور حیض کو باقی رکھنے سے، بعید مضر اثرات کے خفیف ترین خطرہ کے بغیر یہ تدبیر عمل میں لائی جاسکتی ہے۔ ایک اور طریقہ عمل ہے جو اس کا بدل ہے، اور وہ یہ ہے کہ ریڈیئم کو کہفہ رحم میں داخل کر کے اس کا درجہ استعمال کیا جائے، اور اگر پہلے معتاد سے حیض مکمل طور پر بند نہ ہو جائے تو اسکا کرر استعمال کیا جائے۔ یہ طریقہ نہایت لاچار ہو کر اختیار کیا جاتا ہے اور اس کی غایت صرف

یہی ہوتی ہے کہ مریضہ کو ناقابل برداشت تکلیف سے ضرورتاً نجات دلائی جائے۔ یہ ظاہر ہے کہ اس طریقہ کا اختیار کرنا اس امر کا اعتراف ہے کہ کوئی اور زیادہ معقول علاج موجود نہیں۔ اس سلسلہ میں یہ بھی بیان کیا جاسکتا ہے کہ حال ہی میں ریڈیئم کا استعمال اس خیال سے بھی کیا جا چکا ہے کہ حیض کو کچھ عرصہ کے لئے بند کر دیا جائے، اور بالکل منقطع نہ کیا جائے۔ اس کے نتائج تمام مریضوں میں تو نہیں بلکہ بعض مریضوں میں اطمینان بخش ثابت ہوئے ہیں۔ اس حالت میں حیض ریڈیئم کے استعمال کے پارہ ماہ سے لیکر اٹھارہ ماہ تک بھر جاری ہو جاتا ہے۔

استیصالی تدابیر سے احتراز کرنے کی کوشش میں بنٹ (Binet) نے حال ہی میں مشترک توقفی شریانوں کے درمیان پیش عجزی عصب (pre-sacral nerve) کا جسنوی قطع اور مشار کی ضفیہ (sympathetic plexus) کا اخراج کیا ہے۔ شدید عسر الطمث کے بتیں مریضوں کے علاج کے متعلق جو اطلاع اس نے دی ہے اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ درد سے بالعموم تسکین ہو جاتی ہے، اور اس نے اس عمل کو ”آسان اور نہایت موثر“ قرار دیا ہے! اسی امر کا لحاظ رکھتے ہوئے کہ درد حیض رحمی مشار کی ضفیہوں کی بیش حساسیت کا نتیجہ ہے ڈی۔ بلاس (D. Bloss) عنق کی ہر ایک جانب پراسکھل (۵ کعب سمر، فیصدی الکحل ۵ فیصدی نوو کین کے ساتھ) کا اشراب کرنے کی تعریف کرتا ہے۔

در حیمین کے علاج کے لئے جو طریقہ رائج الوقت ہیں ان کی تعداد اور ان کے تنوع سے اس امر کا بین اور واضح ثبوت ہم پہنچتا ہے کہ ابھی تک کوئی ایسی دوا ممکن الحصول نہیں ہے جو ہمیشہ کارگر ثابت ہو۔ جو بیان اوپر دیا گیا ہے اس میں جہاں تک شدید حوضی ضررات کا تعلق ہے وجع الحیمین (menorrhagia) کا ذکر نہیں کیا گیا۔ جو شدید درد ماہواری ایام حیض میں عضوی ضررات مثلاً مزمن انوبی بیضی التهاب (chronic salpingo-oöphoritis) دروں رحمی سلمہ (endometrioma)، حوضی التهاب زائدہ (pelvic appendicitis) اور بعض رحمی لیفیات (uterine fibroids) کو اس کثرت سے متلازم ہوتا ہے وہ اس قسم کا عسر الطمث نہیں ہوتا جس کا ذکر ہم کر چکے ہیں۔ یہ مرض کی ایک علامت ہوتا ہے، اور اس کا علاج بھی اسی لحاظ سے کرنا چاہئے۔ ہر کیف اس امکان کو کافی توجہ کئے بغیر خارج از بحث نہ سمجھا جاوے کہ وجع الحیمین کا باعث کسی عضوی ضرر کی موجودگی بھی ہو سکتی ہے۔ غلطی سے بچنے کا صرف یہی ایک طریقہ ہے کہ صرف نفیس ترین اصابات ہی میں علاماتی علاج کیا جائے، اور

بقیہ میں محتاط استقبالی اور پہلی دوستی امتحان کی ضرورت پر زور دیا جائے جو حسب ضرورت معدوم حس کے زیر اثر کیا جاتا ہے۔ نوجوان اور ناکتہ عورتوں میں جب صورت حالات اعضاءے حوض کے مکمل امتحان کی منتفی ہو تو معمولی درجہ کا خدر (narcosis) ہمیشہ موزوں ثابت ہوتا ہے۔

بین حیضی درد

(INTERMENSTRUAL PAIN)

بعض اوقات دو ”ماہواری ایام“ کے درمیانی زمانہ میں یا اس زمانہ کے عین وسط میں درد شکم شروع ہو جاتا ہے جو ان احساسات درد سے بالکل مختلف ہوتا ہے جو ایام حیض سے عین پہلے یا ان کے دوران میں محسوس ہوتا ہے۔ ایسا درد جسے جرمن مصنفین ”مٹل شمارٹز“ (Mittelschmerz) کہتے ہیں باقاعدہ وقفوں پر عود کرتا ہے، اور عموماً ماہواری ایام کے درمیانی زمانہ کے وسط میں ہوتا ہے، مگر بعض حالتوں میں اس سے قبل یا اسکے بعد بھی شروع ہوتا ہے۔ اس کا میمیز خاصہ اس کا توازن ہے جو تقریباً اتنا ہی یا قاعدہ ہوتا ہے جتنا کہ حیض کا۔ یہ مرض عورتوں کو ان کے مکمل صنفی نموکے دوران میں عارض ہوتا ہے، اور بلوغ پر دیکھنے میں نہیں آیا۔ اس عارضہ کے دوران میں اس کے مریض تقریباً ہمیشہ عقیقہ ہوتے ہیں، مگر انکی ایک معتدبہ تعداد میں سابقہ روئداد عمل موجود ہوتی ہے۔ بعض مثالوں میں اس علامت کی ابتدا زچگی یا املاص (miscarriage) سے بھی ہوئی ہے۔ فعل حیض بذاتہ تمام حالتوں میں غیر طبعی نہیں ہوتا، لیکن مریضوں کی ایک معتدبہ تعداد میں عسر الطمث کی اور بعض میں کثرت حیض کی شکایت موجود ہوتی ہے۔ چند مثالوں میں بین حیضی درد کے حملہ کے دوران میں آبی یا خون آلود مواد باقاعدہ طور پر خارج ہوتا ہے۔ درد عارض نہیں ہوتا، اور حقیقت میں شاید وناور ہی شدید ہوتا ہے، لیکن یہ بالعموم مستمر یا حزقی بیان کیا جاتا ہے۔ عسر الطمث کی شدید حالت میں جو درد پایا جاتا ہے اس سے اسکو کوئی مشابہت نہیں ہوتی۔

اکثر مریضوں میں کوئی نہ کوئی مقامی ضرر موجود ہوتا ہے جو معمولی سریری امتحان سے شناخت کیا جاسکتا ہے۔ جو ضرر نہایت کثرت سے پایا جاتا ہے وہ التهاب ہے۔ اور یہ ایک یا دونوں طرف کی نلیوں اور میضوں کے باہمی انضمام اور کلانی سے ظاہر ہوتا ہے۔ بعض حالتوں میں

چھوٹا سائیلیفیہ یا خلفی غیر وضعیت یا حوضی دروں رجحیت (pelvic endometriosis) بھی پائی جاتی ہے۔ ہر حال تمام حالتوں میں یہ فرض نہیں کیا جاسکتا کہ جو مرضی کیفیت حوض میں منکشف ہوئی ہے وہی درد کا باعث ہوگی۔

بین حیفی درد کا ماخذ اگر تمام اصابات میں نہیں تو بیشتر میں بیضین ہوتے ہیں۔ اور فعل نبویض کی کسی نہ کسی غیر طبعی حالت سے سر بری امور کی توجیہ ہو سکتی ہے۔ چنانچہ اس سے ان امور کی وجہ سمجھ میں آجائے گی کہ اس میں نوبی توازن کیوں پایا جاتا ہے، اور ایام حیفی کے ساتھ اس کو کیوں ایک اختلاف پذیر تعلق ہے، اور تلبوں اور بیضوں کے التہابی ضررات کے ساتھ کیوں یہ اکثر و بیشتر پایا جاتا ہے۔ یہ ممکن ہے کہ ملتبہ یا منضم بیضین میں گرانی حراب کی پختگی کا عمل ناقص ہوتا ہو، اور یہ زیادہ مشکل ہو جاتا ہو، اور اس لئے درد خیز بھی ہو جاتا ہو۔ یہ منظر ظاہر ہے کہ درد پردہ امیض میں عمومی دبازت کے پیدا ہونے سے یا اس کے سطح بیض کے اس حصہ سے منضم ہو جانے سے پیدا ہو سکتا ہے جس پر پختہ حراب ظاہر ہوتا ہے۔ بعض مؤلفین نے یہ نظریہ پیش کیا ہے کہ اس درد کا سبب متوقف استسقاء انبوبہ (hydrosalpinx) ہے (دیکھو صفحہ 632)۔ اگرچہ اس نظریہ سے اس آبی مواد کے خارج ہونے کی توجیہ ہو جاتی ہے جو درد کے ساتھ گاہے گاہے موجود ہوتا ہے، لیکن اس سے اس عارضہ کے اس عظیم خاصہ یعنی اس کی منظم دوریت کی توضیح نہیں ہوتی، اور اس لئے اس کو تسلیم نہیں کیا جاسکتا۔ درد خیز نبویض کا علاج یہ ہے کہ اگر کوئی مقامی ضرر موجود ہو تو اس کا تدارک کیا جائے۔ درد کے حملوں سے اُن تدابیر سے تسکین حاصل کی جاسکتی ہے جو عسر الطمث کی حالتوں میں اختیار کی جاتی ہیں۔ مریضوں کے مستقل طور پر شفا یاب ہونے کی امید نہیں ہوتی، لیکن یہ بیان کیا جا چکا ہے کہ جزوی بیض برآری (partial oöphorectomy) اور غلافی لیوٹینی ویریو (theca-lutein cysts) اور دویری گرانی جرابوں (cystic Gräafian follicles) کے استئصال سے کسی قدر کامیابی ہوئی ہے۔ حال ہی میں میٹش عجزی (pre-sacral) اور بیضی بافتوں کی مشار کی برآری (sympathectomy) اور ماساریقائے بیض (mesovarium) میں لٹل کا اثر اب کرنے کا مشورہ دیا جا چکا ہے۔

باب دوم۔ فتورات فعل

استقرار حمل

(CONCEPTION)

جماع مولم (دورانِ مجامعت میں یا وقت کا احساس)

(DYSpareunia)

دورانِ مجامعت میں یا تو درد محسوس ہو سکتا ہے، اور یا وقت پیش آ سکتی ہے۔ اس صورتِ حالات کو جماع مولم (dyspareunia) کے نام سے موسوم کیا گیا ہے۔ جیسا کہ اس اصطلاح کا عام طور پر استعمال کیا جاتا ہے اس سے صرف وہی مجامعت مراد لی جاتی ہے جس کے دوران میں درد ہو، مگر زیادہ صحیح معنوں میں اس میں صنفی عدم حسیت (sexual anaesthesia) اور بروودت (frigidity) کی اسی حالتوں، اور نیز ایسے ضررات کو بھی شامل سمجھنا چاہئے جو خالصتہً میکافی ہوں، اور جن سے مقاربت مشکل یا غیر ممکن ہو جاتی ہو۔ بعض عورتیں اس امر کے متعلق مشورہ طلب کرتی ہیں کہ ان میں صنفی احساس بالکل موجود ہی نہیں۔ ایسے مریضوں میں زردہی تعلقات زیادہ درد اور کراہت کا باعث نہیں ہوتے۔ یہ معلوم ہو جانا چاہئے کہ صنفی بروودت کو عقم ہریش متلازم نہیں ہوتا، لیکن اس سے ازدواجی تعلقات میں کشیدگی بالعموم پیدا ہو جاتی ہے۔ صنفی عدم حسیت کے اسباب کے متعلق مختلف خیالات پیش کئے ہیں، لیکن چونکہ ابھی کوئی زیادہ صحیح معلومات بہم نہیں پہنچیں اس لئے یہ توجہات زیادہ تر نظری ہی ہیں۔ ایک نظریہ عصبی نظام کو اس کا ذمہ دار قرار دیتا ہے۔ یا تو بظن اور مہیل کے اندر کی عصبی انتہاؤں کا محبطی ہیجان ناکافی ہوتا ہے اور یا ہوتا ہی نہیں، اور یا قشرہ و ماغ سے ایسے نفسی الاصل اقلناعی اثرات پیدا ہوتے ہیں جو طبعی احساسات کو منقطع کر دیتے ہیں، اور یا تناسلی نغاعی معکوسی مرکز

(genito-spinal reflex centre) کی تحریک پذیری میں کمی پائی جاتی ہے۔ نظر کے اندر کی عصبی انتہائیں صنفی فعلیات میں ایک اہم فعل سر انجام دیتی ہیں۔ اور صنفی برودت یا کراہت کے اسباب میں مریضہ کو اس عضو کے فعل کے متعلق واقفیت پہنچانا چاہئے۔ یوہیمبین (yohimbine)، ڈیمینا (damiana)، سٹرکینین (strychnine)، اور کینتھیرائڈس (cantharides) کی طرح کی دواؤں سے علاج کرنے کا اصل اصول نواحی اور قشری مراکز کو کیمیائی ذرائع سے پہچاننا پہنچانا ہے۔ ایک اور نظریہ ہے جس کی رو سے صنفی برودت کو داخلی افرازات کی، اور خاص کر درقی اور زنانہ صنفی ہارمونوں کی قلت سے منسوب کیا جاتا ہے۔ جن حالتوں میں برودت کے ساتھ صنفی ہارمونوں کی قلت کی شہادتیں موجود ہوتی ہیں، ان کیلئے حال ہی میں ایسی تجہیزات کے استعمال کی سفارش کی گئی ہے جن میں شفق انگریز ہارمون موجود ہوتا ہے۔

ایسی کئی ایک مختلف حالتیں ہیں جن سے دورانِ جماعت میں عورت کو درد محسوس ہوتا ہے اور اس لئے جماع مشکل ہو جاتا ہے۔ جن مریضوں میں یہ علامت موجود ہوتی ہے ان میں محتاط تحقیق کی ضرورت ہوتی ہے۔ درد شاذ و نادر ہی تیز ہوتا ہے، اور یہ بالعموم دھما اور مستمر قسم کا بتایا جاتا ہے، اور جماعت کے بعد بھی چند گھنٹوں تک باقی رہتا ہے۔ جن مریضوں میں جماع مولم کی ابتدا ازدواجی زندگی کے آغاز ہی سے ہو جاتی ہے ان کی کیفیت ان مریضوں سے مختلف ہوتی ہے جن میں یہ طبعی ازدواجی زندگی کے کچھ عرصہ بعد پیدا ہوتا ہے۔ قبل الذکر حالت میں مریضہ محض جماع مولم کی وجہ ہی سے مشورہ طلب کرتی ہے، اور مؤخر الذکر میں اس کے ساتھ بالعموم دیگر علامات بھی موجود ہوتے ہیں۔ بعض خلقی غیر طبعی حالتیں، مثلاً غیر منتقب یا بے حد مزاحم پردہ بکارت یا غیر منتقب مہبل، یا اس قنال کے حصہ دیرین کا ضیق (stenosis)، جماع کو نامکن بنا دیتی ہیں۔ ایک اور قسم کی میکائی رکاوٹ بھی اکثر اوقات پائی جاتی ہے، یعنی مہبل عضلہ عاصہ کا تشنج، اور غالباً دیگر سطی عجمانی عضلات کا بھی۔ یہ حالت تشنج المہبل (vaginismus) کے نام سے مشہور ہے (فریڈرک سیمس: Marion Sims) اور اس کی ابتدا اور اصل ایک محافظ فعل کے طور پر ہوتی ہے جو مریضہ کو کسی مقامی ضرر سے پیدا شدہ درد سے محفوظ رکھتا ہے۔ لیکن اکثر ایسا بھی ہوتا ہے کہ جہاں کوئی مقامی سبب شناخت نہیں کیا جاسکتا وہاں بھی یہ بخوبی نمایاں ہوتا ہے۔ بعض اوقات عصبی المزاج عورتوں میں جماع مولم کی شکایت موجود ہوتی ہے مگر کوئی ایسی مقامی

مرضی حالت معلوم نہیں کی جاسکتی جس سے یہ منسوب کیا جاسکے۔ اس حالت میں مقامی ششج جو بعض اوقات شدید ہوتا ہے ایک ذہنی معکوسہ کا بلا واسطہ نتیجہ ہوتا ہے، اور جس کا اثر جماعت سے پہلے ہی ظاہر ہو جاتا ہے۔ حساسیت اس لئے پیدا نہیں ہوتی کہ جسے خوف سے سکر جاتے ہیں، کیونکہ مریضہ ایسی حالت میں بھی جبکہ وہ تکمیل زفاف کی خواہشمند ہو جائے کی کوشش کی متحمل نہیں ہو سکتی۔ اس شکایت میں بعض اوقات ”خود رو تغیر“ (spontaneous variations) واقع ہو جاتے ہیں، (یہ اصطلاح میٹھیوز ڈنکن: Mathews Duncan) نے وضع کی ہے) اور یہ غائب بھی ہو جاتی ہے۔ اس کے مظاہر دوسری عصبانیتوں کی طرح جائے (erratic) ہوتے ہیں، چنانچہ ایک موقع پر تو مریضہ کے لئے جماعت قاعدہ ناقابل برداشت ہوتی ہے، اور وہ معدم حس کے اثر کے بغیر امتحان کی کوششوں کی متحمل نہیں ہو سکتی، اور دوسرے موقع پر وہ امتحان کرنے والی انگلی کے داخل ہونے کی تکلیف برداشت کر سکتی ہے، اور امتحان بغیر کسی دقت کے کیا جاسکتا ہے۔ علاوہ ازیں کبھی کبھی ششج المہبل ایسی عورت میں بھی پیدا ہو جاتا ہے جسے پہلے جماعت میں کوئی مشکل پیش نہیں آتی تھی۔ شدید اصابت میں امتحان کرنے کی کوشش سے عضلات میں درخیز انیٹھن اور عصبی تخریک پیدا ہو جاتی ہے، سرین اوپر اٹھ جاتے ہیں، کمر خمیدہ ہو جاتی ہے، اور رانیں ایک دوسری سے زور سے مل جاتی ہیں۔ ایسی حالتوں میں امتحان سے پہلے معدم حس کا استعمال ضروری ہوتا ہے۔ ایسے اصابت کا اندراج بھی کیا جاسکتا ہے جن میں عضلہ رافع ممبرز (levator ani) کے ششج سے پہلے جماعت شروع ہو گئی تھی، اور پھر ششج اتنے زور سے پیدا ہو گیا کہ قصبہ باہر نہیں نکالا جاسکا (قصبہ مجوس penis captivus) فرٹش (Fritsch) نے ایک واقعہ درج کیا ہے جس میں قصبہ کو باہر نکالنے کے لئے عورت کو اسے کلور فارم دینا پڑا۔

199

مریضوں کے ایک دوسرے گروہ میں مقامی امتحان سے حفرہ زورقیہ میں جھوٹا ساقروہ یا شقاق، یا عرقی لیمہ (vascular caruncle)، یا مہتب پر وہ بکارت یا مہتب لیمات آسیہ (carunculæ myrtiformes) شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ جماع مولم کے یہ سب معروف و مشہور اسباب ہیں، اور انکی وجہ سے عصبی المزاج مریضہ میں درخیز معکوس ششج پیدا ہو سکتا ہے جس سے جماعت بالکل نامکن ہو جاتی ہے۔

ایسے مریضوں کا علاج بعض اوقات نفسیاتی تجزیہ (psycho-analysis)

یا توتوی اثر آفرینی (hypnotic suggestion) سے کامیابی سے کیا جاسکتا ہے، لیکن صادق شیخ المہبل کی شدید حالت کا شافی علاج آسان کام نہیں جیسا کہ ان مقدمات سے ظاہر ہوتا ہے جو فرسخ نکاح کے لئے عدالتوں میں وقتاً فوقتاً دائر کئے جاتے ہیں۔ انذار کے متعلق ہمیشہ احتیاط سے رائے دینا چاہئے اور بحیثیت مجموعی یہ زیادہ امید افزا نہیں ہوتا۔ یہ عارضہ حمل کے بعد بھی عود کر آتا ہے۔

بہر کیف بہت سے مریضوں میں اس تکلیف وہ علامت کا کوئی نہ کوئی مقامی سبب دریافت کیا جاسکتا ہے۔ لہذا جماع مولم کے مقامی اسباب مندرجہ ذیل ہیں :-
خارجی اسباب -

حاد یا مزمن التهاب فرج یا التهاب مہبل - پٹرموگی فرج (kraurosis) -

بارتھولینی غدود کا التهاب -

پردہ نکارت اور دیگر حصص کے (جن پر دہنہ مہبل مشتمل ہے) شقاق اور قرحے -

لیحات آسیہ کا مزمن التهاب -

مبالی لیجیمہ (urethral caruncle)، مزمن التهاب مبال یا سکلین کے

غدد (Skene's glands) کا مزمن التهاب -

شیخ - شیخ المہبل -

داخلی اسباب -

رحمی ضخیمہ جات یا باریطون یا غلوی بافت کا حاد یا مزمن التهاب -

رحم کی خلفی غیر وضعیت جبکہ انضمامات وغیرہ سے پھیلنے ہو گئی ہو -

بیض کا سقوط -

عقن رحم کا خلقی تطول -

جب کوئی مقامی سبب معلوم نہ کیا جاسکے تو مردانہ عضو اور دہنہ مہبل میں عظیم عرصہ تناب کی موجودگی کا امکان فراموش نہ کرنا چاہئے۔ جماع مولم کے تمام مریضوں کے سلسلہ میں خاوند سے بھی ملاقات کرنا چاہئے جس سے عورت کے مقابلہ میں بالعموم زیادہ مفصل اطلاع حاصل کیا جاسکتی ہے۔

جماع موم کے مریضوں کیلئے غنایہ مقامی امتحان کی ضرورت ہے جس میں معائنہ قرح شامل ہے۔

200



شکل ۱۲۰- شیخ الہیہل کے اصابات کے لئے شگاف۔

حفرہ زور قیہ کے خطہ کے شفاقات باسانی نظر انداز کئے جاسکتے ہیں تاوقتیکہ مناسب تنویر سے بہت احتیاط کے ساتھ امتحان نہ کیا جائے۔ یہ شفاقات عام طور پر شدید عضلی شنج (شنج الہبل) کی حالت میں پائے جاتے ہیں جس سے ان کی شناخت اور زیادہ مشکل ہو جاتی ہے تاوقتیکہ معدوم حس کا استعمال نہ کیا جائے۔

شنج الہبل (vaginismus) اگرچہ کوشش مجامعت کے دوران میں پیدا ہوا ہو مگر نرمی سے اصبعی امتحان کرنے پر بعض اوقات نمودار نہیں ہوتا۔ لیکن اگر ہبل کی مؤخر دیوار کے حصہ زیرین پر انگلی سے پیچھے کی طرف کو دباؤ ڈالا جائے تو شنج کا اکثر واضح طور پر مشاہدہ کیا جاسکتا ہے۔ اگر کوئی خارجی سبب معلوم نہ کیا جاسکے تو رجحانی ضمیمہ حیات کی التهابی حالتوں یا فیضین کے سقوط کو مستثنیٰ کرنے کے لئے ایک محتاط دوکستی امتحان سرانجام دینا چاہئے۔

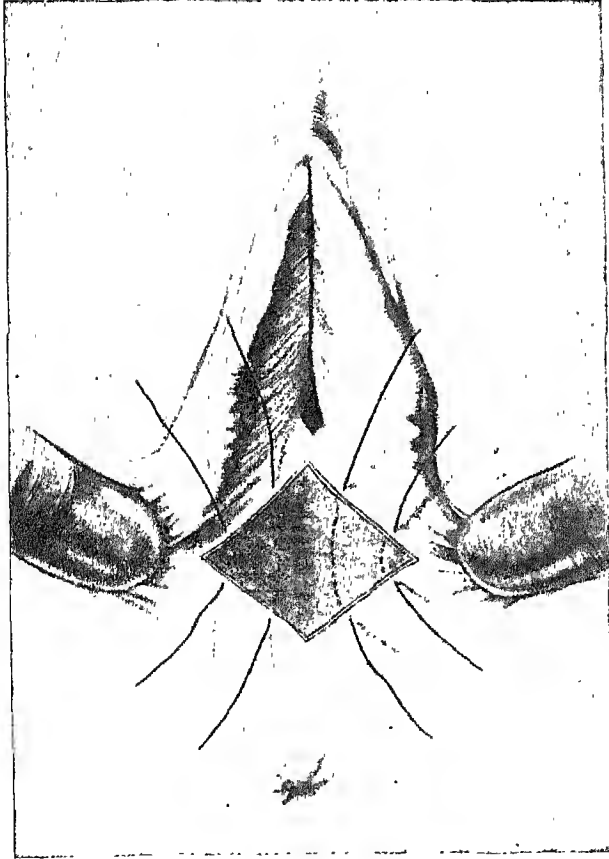
جماع مولم (dyspareunia) کا علاج یہ ہے کہ اگر کوئی مقامی سبب موجود ہو تو سب سے پہلے اس کا ازالہ کیا جائے پائس میں تخفیف کی جائے۔ غیر منقش یا غیر منقش برودہ بکارت سے کا استیصال معدوم حس کے زیر اثر کیا جاسکتا ہے، وہ نہ ہبل میں شکاف دیکر اسے تسع کیا جاسکتا ہے۔ شفاقات اور الیم لیمیات آسبہ کا استیصال کیا جاسکتا ہے۔ شنج الہبل (vaginismus) کا علاج ہمیشہ مشکل ہوتا ہے۔ سب سے پہلے یہ ضروری ہے کہ مریضہ کا کلی اعتماد حاصل کیا جائے، اور اس کے لئے بہت سے استقلال اور مہارت کی ضرورت ہوتی ہے۔ بہر کیف اگر محتاط تحقیقات کے بعد عورت کو اس امر کا یقین دلانے میں کامیابی ہو جائے کہ کوئی حقیقی درد پیدا نہیں ہوتا تو یہ سمجھنا چاہئے کہ اس کی ذہنی حالت کے علاج کا اہم مرحلہ طے ہو گیا۔ والتھارڈ (Waltherd) نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ شکم کے عضلات فرش حوض کے عضلات کے متضاد عضلات ہیں۔ لہذا اگر شنج الہبل کی مریضہ کا کچھ، اور اپنے عضلات شکم کو استعمال کرے تو شنج بالعموم رفع ہو جاتا ہے، اور ولکانائٹ کے موثع (vulcanite dilator) (دیکھو شکل ۱۳۹) کی طرح کا آلہ ہبل میں داخل کیا جاسکتا ہے۔ ان اصولوں پر متواتر تعلیم دیکر مریضہ کے دل سے تکلیف کا خون رفع کر دینے کا نتیجہ انجام کار یہ ہوتا ہے کہ شنج ہبل واقع نہیں ہوتا۔

جماع مولم کے داخلی اسباب کا علاج مسبب حالت کا مناسب علاج کرنے سے

کیا جاتا ہے۔

مرض کی خفیف سی حالتوں میں مجامعت سے تقریباً دس منٹ پہلے ۱۰ فیصد میکونین کا

استعمال کرنے سے تکلیف نہیں ہوتی۔ اگر یہ تدبیر ناکام ثابت ہو تو مرصیۃ کو معدوم حس کے زیر اثر لاکر پردہ بکارت کے اندر کے حلقہ کو ہبلی موسعات کے ذریعہ سے زور سے تنسغ کر دیا جائے



شکل ۱۲۸۔ شنج الہبل کے لئے علیہ۔ اُس الماسی شکل رقبہ کے کندوں کو ملانے کا طریقہ جو انگلیوں کے جانی جری سے پیدا کیا گیا ہے۔

اور ایک بڑی جسامت کا موسع چند گھنٹہ بعد تک ہبل میں رہنے دیا جائے۔ بعد میں بڑھتی ہوئی جسامت کے موسعات ہر روز داخل کئے جائیں، اور چند گھنٹوں تک ان کو علی محلہ رہنے دیا جائے۔

جب مخفف علاج کے باوجود ہمیشہ حساسیت اور شخ برقرار رہے تو یہ لازم ہوتا ہے کہ پہلے سلی مہلی عاصری عضلہ میں شکاف دیا جائے اور اس کے بعد بتدریج میکائی اتساع کیا جائے۔ شکاف خط وسطی پر پیچھے کی طرف دیا جاتا ہے، اور یہ پردہ بکارت سے ایک انچ اوپر سے شروع ہوتا ہے، اور حفزہ زور قیہ اور عجائی جسم پر سے گزرتا ہوا پردہ بکارت سے ایک انچ نیچے پہنچ جاتا ہے (دیکھو شکل ۱۲)۔ یہ اتنا گہرا ہونا چاہئے کہ اس سے جلد اور اغشیہ مخاطی اور نیز ماتحت عضلی ریشہ جات کٹ جائیں۔ کٹی ہوئی بافتوں کے باہر کی طرف کھینچ جانے کی وجہ سے وسطی شکاف میں ایک مستعرض دو کی غام سطح رہ جاتی ہے جو اوپر کے کنارے کو نیچے کے کنارے کے ساتھ متوقف ٹانگوں سے ملانے سے بند کر دی جاتی ہے (دیکھو شکل ۱۲۸)۔ ایک وسطی شکاف کی جگہ اسی طرح کے دو جانبی شکاف دئے جا سکتے ہیں۔ جب زخم مندل ہو جائے تو مریضہ کو مذکورہ بالا قسم کے ایک انبوبی موثع فرج (tubular vulval dilator) کا استعمال سکھا دینا چاہئے۔ اول اول موثع داخل کرنے سے پہلے فرج پر مرہم کوئین گالینا چاہئے تاکہ درد سے مایوسی پیدا نہ ہو۔ اس کو ہر رات یا ایک رات پھوڑ کر داخل کرنا چاہئے، اور نصف گھنٹہ سے لیکر ایک گھنٹہ تک رہنے دینا چاہئے۔ اگر ضرورت ہو تو اس علاج کو کئی مہینہ تک جاری رکھنا چاہئے، اس سے بیشتر مریضوں کو شفا حاصل ہو جاتی ہے گو تمام کو نہیں ہوتی۔



شکل ۱۲۹۔ موثع مہلی۔ یہ اوزار انبوبی منظار کے مشابہ ہے لیکن اسکا ایک سرا بند ہے۔
یہ شیئہ یاوککائٹ کا ہوتا ہے۔

اگر جماع مولم کا سبب گہرا واقع ہو تو مریض نہ صرف جماع کے دوران ہی میں تکلیف محسوس ہونے کی شکایت کرتے ہیں بلکہ ایک مسترد رد کی بھی شکایت کرتے ہیں جو حوض میں چند گھنٹے بعد تک بھی ہوتا ہے۔ اس درد کا سبب اکثر یاؤاکیلا ہی ویری الیم بیض ہوتا ہے جو وگلس کی جیب میں مستقوٹ ہوتا ہے، اور یا اس کے ساتھ رحم کی غلطی غیر وضعیت بھی موجود ہوتی ہے۔ اگر مزمن التهاب کی وجہ سے بیض یا غلوی نلی منضم ہو تو اس وقت تک آرام کی توقع نہیں

کی جاسکتی جب تک کہ مرض زدہ خیمہ جانت نہ نکال دئے جائیں۔ بخلاف اس کے رحم کو اسکی اصلی وضع پر لانا، اور آج (Hodge) یا البرٹ سمتھ (Albert Smith) قسم کی خود قائلیم پیبری کو احتیاط سے بٹھانا، غیر منظم مہیض کو ضربہ کے احاطہ سے اوپر اٹھا دینے کے لئے اکثر کافی ہوتا ہے۔ جب درد مجامعت کا کوئی مقامی سبب منکشف نہ کیا جاسکے تو جماع کو کچھ عرصہ کے لئے ترک کر دینے کی ہدایت کرنا چاہئے، اور جب ازدواجی تعلقات پھر شروع کئے جائیں تو مجامعت سے پاؤ گھٹہ پہلے فرج کو مرہم کوکین (افصدی) لگانے سے وقت جماع کو دفع کرنے میں مدد ملتی ہے۔

باب دوم - فتوراتِ فعل

عقم

(STERILITY)

تولید کا انحصار مرد کی طبعی صنفی فعالیت پر بھی اتنا ہی ہے جتنا کہ عورت کی طبعی صنفی فعالیت پر۔ لہذا عقم ہمیشہ عورت ہی کی طرف سے پیدا نہیں ہوتا، اگرچہ وہ حالتیں جن سے اسکے پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے مرد کی نسبت عورت میں زیادہ کثرت سے پائی جاتی ہیں۔ یہ اندازہ کیا گیا ہے کہ جواز دو اجابت بار آور ثابت نہیں ہوتے ان میں سے ۲۰ تا ۲۵ فیصدی میں اولاد نہ پیدا ہونے کی ذمہ داری مرد پر ہوتی ہے۔ ایسی مثالیں بھی دیکھنے میں آئی ہیں جن میں بالکل مستند افراد کا عقد عقیم ثابت ہوا مگر بعد میں ازدواج ثانی سے ہر ایک کے ہاں اولاد پیدا ہوئی۔ جن خاندانوں میں استعداد تولید اوسط درجہ کی یا اس سے زیادہ ہوتی ہے ان کے افراد کے ہاں ان اشخاص کے مقابلہ میں جن میں یہ استعداد نسبت کم یا رو بہ تنزل ہو اولاد پیدا ہونے کا امکان زیادہ ہوتا ہے۔ اس بیان کا اطلاق کثیر العیال خاندانوں کے کلاں ترانسراڈ پر غالباً زیادہ ہوتا ہے کیونکہ اس امر کے متعلق کسی قدر ثبوت مہیا ہو چکا ہے کہ خرد ترین ارکان کے ازدواج سے قوت تولید میں تخفیف پیدا ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ بعض خاندانوں کا رجحان بعض نسلوں کی طرح محدود ہو جانے کی طرف ہوتا ہے۔ اور یہ عمل یا تو فعالیت تولید میں متری نقص پیدا ہو جانے اور یا کسی موروثی مرض کی وجہ سے وقوع میں آتا ہے۔

عقلم کی عام طور پر دو قسمیں بیان کی جاتی ہیں۔ ایک مطلق اور دوسری اضافی قبل الذکر میں کسی ایسی حالت کی وجہ سے جو حمل کے لئے قلعی طور پر مانع ہوتی ہے استقرار حمل کبھی نہیں ہوتا اور مورخ الذکر میں حمل کا مایاب انتہا تک نہیں پہنچتا۔ لہذا عقلم اضافی ایک تباہی مند ہے اور آئندہ اس کا ذکر نہیں کیا جائیگا۔ مقصود ڈوکن (Matthews Duncan) نے جو قاعدہ مقرر کیا ہے اس کا عام طور پر خیال رکھنا چاہئے اور وہ قاعدہ یہ ہے کہ ان نوجوان اشخاص کے ازدواج کو جو بیس اور تیس سال کی عمروں کے درمیان عمل میں آیا ہو عقیم تصور نہیں کیا جاسکتا تا وقتیکہ چار سال نہ گزر جائیں۔ اگر عورت کی عمر تیس سال سے متجاوز ہو اور پہلا بچہ پیدا ہونے میں دیر ہو رہی ہو تو اس امر کی اہمیت ایسی عورت میں کم عمر کی عورت کے مقابلہ میں زیادہ ہوتی ہے۔ اس لئے یہ مناسب ہے کہ شادی کے تقریباً دو سال گزرنے کے بعد طریقہ کے متعلق مکمل تحقیقات کی جائے۔ بہر کیف اس عقلم کی مثالیں بھی وقتاً فوقتاً دیکھنے میں آتی ہیں جن میں پندرہ سال کی طویل عقیم ازدواجی زندگی کے بعد بچہ پیدا ہوتا ہے۔ اگر شادی ہوئے زیادہ عرصہ گزر گیا ہو اور عقلم کا سوال زیر غور ہو تو اس امر کا خیال رکھنا چاہئے کہ کہیں مانع حمل ذرائع اختیار کرنے سے استقرار حمل کو حیرا تو نہیں روکا گیا۔ یہ ایک مشہور و معروف امر ہے کہ ازدواجی زندگی کے ابتدائی حصہ میں بہت سے نوعمر زن و مرد استقرار حمل کو پسند نہیں کرتے اور اس لئے چار یا پنج سال کی مدت کا جو میعار ازدواج کو عقیم قرار دینے کے لئے بالعموم ایک اصول کے طور پر تسلیم کیا جاتا ہے اس میں انفرادی حالتوں میں بعض اوقات ترمیم کرنے کی ضرورت ہوگی۔

عقلم مطلق عمل تولید کے اولین مدارج کے غیر مکمل رہ جانے کا نتیجہ ہے۔ یا تو تخصیب (fertilization) ہی عمل میں نہیں آتی اور یا مختصب بیضہ منصب ہوئے سے قادر بر تنہا ہے اور فوراً تباہ ہو جاتا ہے۔ بیضہ کی عدم تخصیب عموماً اس امر کی طرف اشارہ کرتی ہے کہ حیوانات منویہ اور ابتدائی بیضوں (oocytes) کا باہمی اتصال نہیں ہوتا۔ اور اس کے وجہ یہ ہیں۔ (۱) منوی خلیوں کی عدم فعالیت جس کی وجہ سے یہ فلپنی خلیوں تک جہاں طبعی طور پر تخصیب واقع ہوتی ہے نہیں پہنچ سکتے۔ (۲) منی سے حیوانات منویہ کا فقدان (انعدام حیوانات منویہ: azoospermia) یا تناسلی قنال میں غیر طبعی موادوں سے منوی خلیوں کا آٹکات۔ (۳) تناسلی قنال میں میکانی رکاوٹوں کی موجودگی جس کی وجہ سے یہ آگے نہیں جاسکتے مثلاً عنق کا ضیق (stenosis) جس کی وجہ سے حیوانات منویہ رجم میں داخل

نہیں ہو سکتے، یا فالوپی ٹیوں کی مسدودیت جو بیضہ کو شکمی دہنوں (abdominal ostia) میں داخل نہیں ہونے دیتی۔ (۴) تبویض کے طبعی عمل کی ناکامی، مثلاً ممکن ہے کہ بیضی خلیہ بیض سے اپنے ارد گرد کے انضامات کی وجہ سے یا ردہ ابیض کی غیر طبعی دہازت کی وجہ سے بخوبی آزاد نہ ہو سکتا ہو۔ مختصّب بیضہ ناسد رست یا غیر طبعی دروں رحمہ کی وجہ سے بھی مدفون ہوتے ہیں ناکام رہ جاتا ہے جیسا کہ رحم کی غفوتی سرائتوں، اور ہیکلی خلیات کے ناقص ریزیئی تعامل کی حالت میں ہوتا ہے۔ تناسلی تعامل کے کسی حصہ کا عدم وجود یا اس کا شدید رسودہ منو بھی عقم مطلق کا باعث ہوتا ہے۔

مذکورہ بالا حالتوں میں سے بعض ایسے مقامی اسباب پر مشتمل ہیں جن کی سرریہ یا نشانی کی جاسکتی ہے۔ لیکن عقم ان عورتوں میں بھی پایا جاتا ہے جن میں کوئی بھی مقامی سبب دریافت نہیں کیا جاسکتا۔ اس لئے یہ ضروری ہے کہ ان عمومی حالتوں کو بھی معلوم کیا جائے جو تفرارِ حمل کے لئے مساعدا و مانع ہیں۔ منجملہ ان کے عمر کی اہمیت سب سے زیادہ ہے، اور عورت کی عمر کی نسبت زیادہ اہمیت رکھتی ہے۔ جن عورتوں کی ازواجی زندگی ۲۰ اور ۳۰ سال کی عمر کے درمیان شروع ہوتی ہے ان کی استعدادِ تولید سب سے زیادہ ثابت ہوتی ہے۔ اور جن عورتوں میں مذکورہ زندگی کی ابتدا ۴۰ سال کی عمر میں ہوتی ہے ان کے متعلق نتیجہ (Matthews Duncan) نے یہ معلوم کیا ہے کہ ان میں سے ۸۵ فیصدی عقم ہوتی ہیں۔

جن آدمیوں کی اصحت خراب ہوتی ہے اور جو آدمی قعودی پستیوں سے تعلق رکھتے ہیں ان کی استعدادِ تولید ان آدمیوں کی نسبت کم ہوتی ہے جن کی صحت بہت اچھی ہو اور جو میدانی زندگی بسر کرتے ہوں۔ عورتوں کی صحت عامہ کا جو اثر تولید پر ہوتا ہے اس کی اہمیت مرد کی صحت کے مقابلہ میں کم ہے۔ یہ امر عام طور پر تسلیم کیا جاتا ہے کہ جو عورتیں عسر الطمث کی مریض ہوتی ہیں ان کی استعدادِ تولید ان عورتوں کی نسبت کم ہوتی ہے جن کو دورانِ حیض میں بہت زیادہ درد نہ ہوتا ہو۔ اس نظریہ کا اختصار نتیجہ (Vedeler) کے مشاہدات کے اعداد و شمار پر ہے۔ حیض کی بے قاعدگیاں حتیٰ کہ بے طہیثیت کے نمایاں مدارج بھی، اوسط استعدادِ تولید کے تناقض نہیں۔ علاوہ ازیں یہ بھی معلوم ہو جانا چاہئے کہ جن عورتوں میں مردانہ خواص کی پیدائش کا رجحان پایا جاتا ہے انکی استعدادِ تولید کم ہوتی ہے۔

عمومی مسائل پر غور کرنے کے بعد عقلم کا ممکن مقامی سبب بھی تلاش کرنا چاہئے۔ جن مقامی حالتوں کا ذکر جماع مولم کے اسباب کے طور پر کیا گیا ہے ان کا رجحان طبعی عمل جماعت میں نکل ہونے کے باعث امتناع استقرار حمل کی طرف ہوتا ہے۔ بعض خلقی غیر طبعی حالتیں استقرار حمل کے لئے قطعی طور پر مانع ہیں، مثلاً غیر منتقبت مہبل (دیکھو صفحہ 151)، رضحی رحم سخت مبالغیت، اور خنثیت (صفحہ 157)۔ اور بعض کے متعلق یہ خیال کیا جاتا ہے کہ وہ استقرار حمل میں صرف مزاحمت ہی پیدا کرتی ہیں اور ان کے لئے قطعی طور پر مانع نہیں، مثلاً مخروطی عنق، عنق کا بیش پرور نشی نطول، اور صغیر الجمامت بیش خمید رحم، یا "خلزوتہ نمارحم" (شکل ۱۰۱)۔ خارجی قم کے چھوٹے ہونے سے بھی (جسے اسی لئے "سوزنی قم رحم" کہا جاتا ہے) استقرار حمل کی امید کم ہوتی ہے۔ رحم کی ایسی غیر وضعیتیں جن کے ساتھ کوئی پیچیدگی موجود نہ ہو، استقرار حمل میں کوئی شدید رکاوٹ پیدا نہیں کرتیں، اور ایسی بے شمار مثالیں پائی جاتی ہیں جن میں پس گردہ رحم حامل ہو جاتا ہے۔ اور ساتھ ہی ایسا بھی ہوتا ہے کہ بے اولاد عورت میں خلفی غیر وضعیت کو درست کر دینے سے اکثر استقرار حمل ہو جاتا ہے۔ دروں رحمی بیشس پرورش اور رحم کے لیفیتی سلعات بھی اسی قسم کے حالات سے تعلق رکھتے ہیں جن سے کہ غیر وضعیتیں رکھتی ہیں، گوان کا اثر نسبتہ زیادہ غیر مساعد ہوتا ہے۔ دروں رحمی التہاب کی سرانستی فمیں نواہ وہ جسمی ہوں یا عظمی استقرار حمل کے لئے تقریباً قطعی طور پر مانع ہیں۔ جن باریطونی انضامات سے انبوی دہنہ اور بیض آؤف ہو گئے ہوں ان سے دونوں فلوپی نیوں کے مسدود ہوجانے سے استقرار حمل ناممکن ہوتا ہے بعض اوقات انبوی اور گرد انبوی التہاب کے نتائج سے کم و بیش مکمل طور پر شفا حاصل ہو جاتی ہے، اور اس لئے یہ ضروری ہے کہ جب دورانِ عملیہ میں دیرینہ انضامات پائے جائیں تو انذار کے متعلق احتیاط کی جائے۔ ایسی کئی ایک مثالیں ہمیں معلوم ہیں جن میں ڈگلس کی جیب کے بہت بڑے خراج کی براستہ مہبل میلیت ہو جانے پر بھی استقرار حمل ہوا۔ فلوپی نیوں کا انفتاح دیربانت کرنے کے لئے اب ہمارے پاس ایک قابل اعتماد سریریاتی ذریعہ ہے، اور یہ انبوی منفع کا طریقہ ہے۔ عقلم کے مریضوں کے متعلق تحقیق کرنے میں اس طریقہ امتحان کو روزمرہ کا دستور بنالینا چاہئے۔ گاکلز (Giles) کے مطابق عقلم ۳۳ فیصد ہی گتخدا عورتوں میں انبوی مسدودیت کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔

ٹھوس یا خبیث دو جانبی بیضی سلمات بعض اوقات تمام بیضی قشرہ کو تباہ کر دیتے ہیں، اور انداد تبویض کے باعث استقرارِ حمل کو ناممکن بنا دیتے ہیں۔ غیر خبیث بیضی نوساختوں سے تمام کی تمام فعال بیضی بافت شاذ و نادر ہی تباہ ہوتی ہے۔

اگر عورت میں کوئی مقامی غیر طبعی حالت دریافت نہ کی جاسکے تو یہ صین ممکن ہے کہ نقص مرد ہی میں ہو۔ اسلئے ایسی تمام حالتوں میں یہ بہتر ہوگا کہ مرد کا معائنہ کیا جائے اور یہ معلوم کر لیا جائے کہ اس کی رجولیت میں کسی قسم کا ضعف یا نقص تو نہیں۔ اس تحقیقات کیلئے ہمیشہ مٹی کے امتحان کی ضرورت ہوتی ہے کیونکہ ایسا بھی ہو سکتا ہے کہ منفی فعالیت کے قائم ہونے کے باوجود حیوانات منویہ کی حیویت ناقص ہو، اور یا یہ بالکل غائب ہی ہو گئے ہوں۔ مزمن التهاب خصیہ (chronic orchitis)، جو سوزاک سے یا کن پھیپھڑ (mumps) کے بعد پیدا ہوا ہو، مرد میں اکثر عقم کا باعث ہوتا ہے جبکہ دونوں جیسے متاثرہ ہو چکے ہوں۔ اس حالت میں حیوانات متویہ خصیتی افزا میں یا تو محض قلیل تعداد میں موجود ہوتے ہیں اور یا بالکل غائب ہوتے ہیں۔

علاج۔ مذکورہ امور کی بنا پر یہ یاد رکھنا چاہیے کہ عقم کی تمام حالتوں میں مرد کی حالت بھی اتنی ہی توجہ کی محتاج ہوتی ہے جتنی کہ عورت کی۔ مرد کی جسمانی حالت کی اصلاح سے اکثر اوقات طویل زمانہ عقم کا خاتمہ ہو جاتا ہے۔ علاج عقم کے لئے عورت پر صرف اسی حالت میں عملیہ سرانجام دینا جائز ہیں جبکہ مرد میں کوئی نقص معلوم نہ کیا جاسکے۔ غاوند کی استعداد تولید کا امتحان کرنے کا ایک عام طریقہ یہ ہے کہ رنالہ (condom) یا غلاف (sheath) (شکل ۱۳۲) میں سے اس کی مٹی کا ایک نمونہ حاصل کیا جائے، اور نیم گرم سیٹج پر اس کا امتحان کیا جائے کہ آیا اس حیوانات منویہ موجود ہیں، ان کی تعداد کیا ہے، کس قسم کے ہیں، اور ان کی حرکت پذیری کیسی ہے۔ اس سادہ طریقہ پر اس امر کی بنا پر اعتراضات کئے گئے ہیں کہ تجربہ سے یہ ظاہر ہوا ہے کہ رنالہ میں فعال مردانہ خلیات کے پائے جانے کے باوجود ان کے ان افزاات سے تباہ ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے جو عنق اور ہبل میں موجود ہوتے ہیں۔ ہونز (Hühner) نے یہ بیان کیا ہے کہ تاوقتیکہ عنق میں بلا واسطہ امتنانہ کیا جائے استقرارِ حمل کا امکان نہیں ہوتا، کیونکہ حیوانات منویہ ہبل کے ترشٹی ماحول میں بہت جلد ہلاک ہو جاتے ہیں۔ لہذا ہونز کا تشفعہ (Hühner's test) یہ ہے کہ جماع کے بعد چند گھنٹے کے اندر ہی قتالی عنق میں سے مخاط کا امتصاص کر لیا جائے، اور

اس افراد میں یہ دیکھنا چاہئے کہ آیا حرکت پذیر حیوانات منویہ موجود ہیں۔ اس امر میں کچھ شبہ نہیں کہ خالص سائنٹفک نقطہ نظر سے اس کا شغف کی تائید میں بہت کچھ کہا جاسکتا ہے، لیکن عملی باتوں کی وجہ سے اس کی مخالفت بھی کی جاتی ہے، اور اس لئے یہ عام طور پر اختیار نہیں کیا جاتا۔ بہر کیف ہونر کی تحقیقات سے یہ منکشف ہوا ہے کہ عنق اور افراد عنق استقرار حل کے سلسلہ میں بہت اہم فریضہ سرانجام دیتے ہیں، اور اس سے یہ بھی ظاہر ہوتا ہے کہ جو مقامی ضررات موجود ہوں ان کا ازالہ بے حد ضروری ہے، مثلاً عنقی تاگل، وریڈگی، بیشش پر ورشی تپول، مخروطی عنق، چھوٹے خم خارجی یا مزمن التهاب کا۔ یہ تمام حالتیں اس فعل میں فعل ہو سکتی ہیں۔ مزید یہ کہ اگر تنال عنق کا بلا واسطہ امنا (direct insemination) فی الحقیقت اس قدر اہم ہے تو ایسے امور کو جیسے کہ موخر پہلی قبوہ سے عنق کا تعلق، (مثلاً رحم کی پس گردیدگی یا عنق کی بیشش خمیدگی)، اور عورت کے النذاذ (orgasm) کی تکمیل ہیں، عقم کے لحاظ سے نئی اہمیت دینا ہوگا۔ اسی عنوان کے تحت ان تمام حالات کی اصلاح کو بھی شامل کرنا ہوگا جو جاع مولم کا باعث ہیں اور تشکیل جماع میں محل ثابت ہوتے ہیں۔

علاج عقم کے مسئلہ سے چند عمومی قواعد ایک اہم تعلق رکھتے ہیں۔ مریضوں کو کثرت مباشرت سے منع کر دینا چاہئے۔ اور جن حالتوں میں بہت بے اعتدالی کی گئی ہو ان میں میاں بیوی کو کئی ایک ہفتوں کے لئے علیحدہ علیحدہ رہنے کی ہدایت کر دینا چاہئے۔ علاوہ ان میں یہ بھی بتا دینا چاہئے کہ استقرار حل کے لئے مناسب ترین وقت زمانہ حیض کے عین بعد کے ایام ہیں۔ اس امر کی تائید میں منقول تشریحی اور فعلیاتی دلائل پیش کئے جاسکتے ہیں۔ تبویض بالعموم منصفی دور کے بارہویں اور سترہویں دنوں کے درمیان واقع ہوتی ہے، اور چونکہ تخصیب اکثر و بیشتر فلوی نلیوں میں واقع ہوتی ہے اس لئے بعد حیضی امنا سے یہ امر یقینی ہو جاتا ہے کہ نلیوں میں مردانہ عناصر اس وقت ضرور موجود ہوں گے جبکہ ابتدائی بیضہ (öocyte) تناسلی خطہ میں داخل ہوگا۔ فان فرنیکی (von Franqué) نے یہ اندازہ کیا ہے کہ فعل امنا اور منضب بیضہ کے رحم میں پہنچنے کے درمیان آٹھ سے لیکر دس دن کا وقفہ ہوتا ہے۔ لہذا بعد حیضی امنا اور تخصیب سے اس امر کا بھی یقین ہو جائے گا کہ بیضہ دروں رحمہ پر اس وقت پہنچے گا جبکہ یہ قبل از حیض یا پیری حالت میں ہوگا (دیکھو صفحات 101 تا 105)۔ اور یہ قرین قیاس ہے کہ اس درجہ منویہ پر دروں رحمہ بیضہ کے دفن ہونے اور اس کے تغذیہ کے لئے بہتر بن طور پر ملبا ہو تا ہے۔

جب پیچھے اور منوی حیوان تندرست ہوں، اور مباشرت طبعی طور پر عمل میں آئی ہو تو عقلم کا عام ترین سبب کوئی نہ کوئی تشریحی نقص ہوتا ہے جو تناسلی خطہ کے بالائی حصہ میں امر اضیاتی ضررات سے پیدا ہوتا ہے۔ ۳۰۰ عقیم ازدواجات میں جن کے متعلق آر۔ ایل۔ کینسن (R.L. Dickinson) اور ڈبلیو۔ کیری (W. Cary) نے تحقیقات کی ہے سب سے بڑا عام ترین نقص التهاب انوبہ نفا (۳۹ فی صدی)۔ اس امر کی روشنی میں فلوی نیلیوں کے اندر کے طویل المدت الٹرناتی اثرات کا شناخت کرنا جن کی وجہ سے ان میں بل پڑ جانے، یا انضمام پیدا ہو جانے یا ٹنگھی یا رجحی دہنوں کے بند ہو جانے سے تسد و واقع ہو جاتا ہے نہایت عظیم الاہمیت ہے۔ ۱۹۱۳ء میں اول اول بروکلن (Brooklyn) کے کیری (Cary) نے یہ دکھایا کہ براستہ ہبل نیلیوں کے انفجاح کا مظاہرہ ممکن اصل ہے۔ شعاع نگار پر سایہ لانے کے لئے اول اول اس نے کولارگال (collargol) کا استعمال کیا اور پھر وہ سوڈیم آئیوڈائیڈ کا ۵ فیصدی محلول استعمال کرنے لگا۔ اس سایہ سے نہ صرف کسی تسد کی موجودگی ہی ظاہر ہوتی ہے بلکہ اس کا محل وقوع بھی معلوم ہو جاتا ہے۔ اس وقت سے لیکر اب تک کئی کیمیائی عوامل استعمال کئے جا چکے ہیں۔ موجودہ زمانہ میں جو چیز سب سے زیادہ کثرت سے متعلق ہے وہ "لیپوڈال" (lipiodol) ہے (دیکھو صفحہ ۱۴۲ اور شکل ۱۰۰)۔

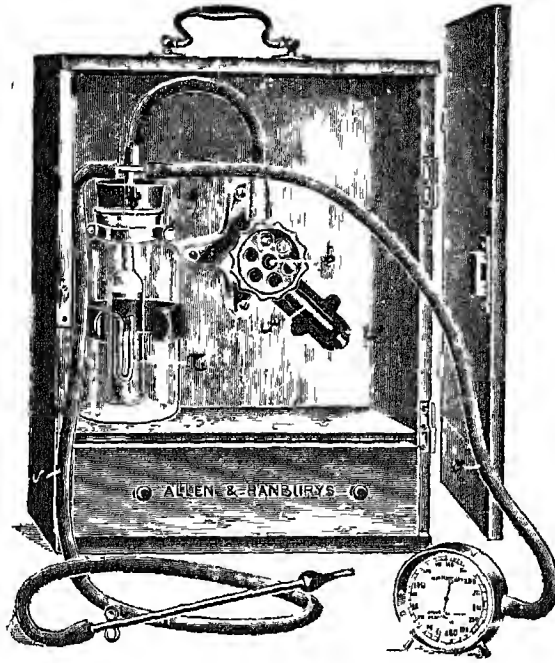
رجحی انبوبی نفوخ (Utero-tubal Insufflation) ۱۹۱۹ء میں ربن (Rubin) نے یہ دریافت کیا کہ فلوی نیلیوں کے انفجاح کا مظاہرہ تناسلی خطہ کے بالائی حصہ میں ایک عنقی یارجحی نگی کے ذریعہ سے آکسیجن یا کاربن ڈائی آکسائیڈ کا نفوخ کرنے سے زیادہ آسانی سے کیا جاسکتا ہے۔ قطع نظر تشیخی اہمیت کے نیلیوں کا نفوخ بہت سی حالتوں میں عقیم مریضوں کے لئے بظاہر مفید ثابت ہوتا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ یا تو یہ انبوبی مخاطیہ کے شکونوں کے درمیان کے انضمام کو توڑ دیتا ہے، اور مخاط کی ڈالوں کو ہٹا دیتا ہے، اور یا یہ ممکن ہے کہ یہ پیچیدہ نیلیوں کو سیدھا کرتا ہو۔ ربن (Rubin) کا یہ آلہ ایک پیچیدہ میکانیہ ہے اور اس لئے کاربن ڈائی آکسائیڈ کے گیسو استوائوں، اور فشار پیمائی دباؤ کا اندراج کرنے کیلئے ایک طبل کے مسلسل استعمال کی ضرورت ہوتی ہے۔ وکٹر بونی (Victor Bonney) نے ایک زیادہ سادہ آلہ طیار کیا ہے جو شائد سائنٹفک نقطہ نظر سے اتنا صحیح نہیں، لیکن انبوبی مسدودیت کی موجودگی یا عدم موجودگی کا مظاہرہ کرنے کے مقصد کو عملی طور پر پورا کر دیتا ہے۔

اس کا آلہ ایک جو فدار رجمی مجسہ یا موستع پر مشتمل ہے جس سے ربڑ کی ایک نلی لگی ہوتی ہے جو دوسرے سرے پر ایک ٹی (T) مناکڑے کے ذریعہ سے ربڑ کے ایک جوفہ دار اور سادہ ڈائیل دار فشار پیسا سے تعلق رکھتی ہے۔ اس آلہ کے استعمال کا بیڑریقہ ہے کہ قنالِ عنق کو منس کرنے کے بعد جو فدار موستع کو کہنہ رجم میں داخل کر دیا جاتا ہے۔ پھل کو کسی دافع عفونت سیال سے بھر دیا جاتا ہے اور جوفہ کو ہاتھ سے دبایا جاتا ہے۔ اگر غلوی نلیاں منفخ ہوں تو فشار پیمانی دباؤ کے ۱۰۰ سیما بی ملی میٹر سے اوپر جانے کے بغیر ہی ان کی تسفیخ ہو جائے گی۔ یہ دباؤ ضرر کے کسی خطرہ کے بغیر ۲۰۰ ملی میٹر تک بڑھایا جاسکتا ہے، لیکن اس عدد سے اوپر نلی یا عنق کے منشق ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے۔

برطانیہ عظمیٰ کی بہت سی سریریات گاہوں میں انوبی نفوخ کے لئے ایک اور سادہ آلہ استعمال کیا جاتا ہے۔ یہ کیوریئر (Currier) کا آلہ ہے جو پروویس (Provis) کا مرمرہ ہے (دیکھو شکل ۱۳۰)۔ اسکے ضروری اجزاء یہ ہیں۔ (۱) مضبوط گیس کا ایک اسطوانہ۔ (۲) ایک سیالی فشار پیمانی۔ (۳) ایک آبی مصرعی اسطوانہ۔ (۴) ایک دروں عفنتی یارجمی نلی (دیکھو شکل ۱۳۱)۔ گیس کا جو اسطوانہ استعمال کیا جاتا ہے وہ ”سپارکلیٹ“ (sparklet) کے تجارتی نام سے مشہور ہے۔ اس میں کاربن ڈائی آکسائیڈ بہت دباؤ سے بھری ہوتی ہے۔ ”سپارکلیٹ“ کو ایک دھاتی نلی کے ساتھ جوڑ دیا جاتا ہے جس میں سے گیس گذر کر اسطوانی تک پہنچتی ہے جس کے ساتھ ایک ٹی (T) مناکڑے اور ربڑ کی نلی کے ذریعہ سے ایک فشار پیمانی بھی لگا ہوتا ہے۔ گیس اسطوانی میں سے ایک نکاس نلی کے ذریعہ سے رجم میں جاتی ہے۔ اسطوانہ میں سے گیس ایک پتے کو پھرا کر نکالی جاتی ہے جس پر چھوٹے چھوٹے درجوں کے نشان ہوتے ہیں تاکہ گیس کے خارج ہونے کی رفتار مکمل طور پر مضبوط رکھی جاسکے۔ ۵۰ تا ۸۰ مکعب ملی میٹر کا دباؤ منفخ غلوی نلیوں میں سے گیس گذارنے کے لئے بالعموم کافی ہوتا ہے۔ اس درجہ تک پہنچنے کے بعد پارہ اوپر نہیں اٹھاتا ورنہ استوانی میں گیس کے آنے کی رفتار بہت زیادہ نہ ہو۔ اگر دباؤ ۲۰۰ مکعب میٹر تک پہنچ جائے تو یہ نتیجہ نکالا جاسکتا ہے کہ دو تین نلیاں مسدود ہیں۔

بعض اوقات ایسا ہوتا ہے کہ نلیاں شکی دہنہ کے عضوی طور پر بند ہو جانے سے مسدود نہیں ہوتیں، بلکہ انہیں انضامات میں دہنہ کے مدفون ہو جانے سے، اور

بعض حالتوں میں نلی کے تنگنائی حصہ میں تضیق کے پیدا ہو جانے یا اس کے بل کھ جانے یا اسکے عضلی تشنج تک سے بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ اس لئے ایک ہی امتحان کے منفی نتیجہ کو تسلیم نہ کرنا چاہئے۔ قبل از حیض فعالیت کے درجہ میں دروں رحمہ بعض اوقات اس قدر دبیز ہو جاتا ہے کہ نلی کا خشکی



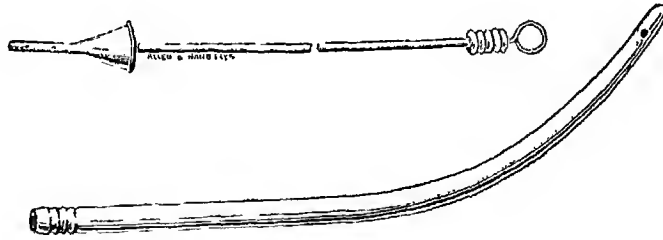
شکل ۱۳۔ انجوبی نفوخ کے لئے آلہ۔ گیوریئر کا نمونہ پر دوس کا رحمہ۔ در کمانی دار
شکفہ۔ جہ۔ ڈاٹ۔ جہ۔ حجم پیا۔ د۔ ربڑ کی نلی جو فشار پیا سے پیوستہ ہے۔ سہ۔
ربڑ کی نلی جو رحمی قاسا طیر سے پیوستہ ہے۔ سہ۔ سپار کلپٹ۔ ص میں جو اسکے لئے
گہندہ کا کام دیتا ہے۔ طر کو ٹٹ۔

حصہ مسدود ہو جاتا ہے، اور اس لئے رگیں داخل نہیں ہو سکتی۔ لہذا اس کا شفعہ کو ایام حیض کے
ختم ہونے کے سات دن کے اندر اندر یعنی دروں رحمہ کے درجہ التفاف ہی میں سرانجام دینا چاہئے۔

اگر عملیہ کن کو کچھ شبہ ہو جائے تو ایک دفعہ اور ضرور ذکر کر کرنا چاہئے، اور اگر ممکن ہو تو یہ کاشفہ تین دفعہ سرانجام دینا چاہئے، یہ ظاہر ہے کہ اس طریقہ کار کی تکمیل کیلئے سخت دافع عضوی اعضاء کی ضرورت ہے۔ اگر فہیل یا عروق میں ریخی مواد موجود ہو تو اس طریقہ کار کو عمل میں لانا قطعی طور پر ممنوع ہے۔

208

عقوت کے اتساع سے عقم کے علاج میں بہت مدد ملتی ہے۔ چونکہ اس کا اثر عارضی ہوتا ہے اس لئے اس کو مناسب ترین وقت پر عمل میں لانا چاہئے۔ علاوہ ازیں اسے اس طرح سرانجام دینا چاہئے کہ رحمی بافتوں کو کوئی ضرر نہ پہنچے پائے، جیسا کہ غیر ضروری طور پر بڑے بڑے موسیعات کا استعمال کرنے سے دریدگی پیدا ہو جاتی ہے۔ ابتدا میں گرم محلول نمک کے نطولات سے عقم کی بافتوں کو نرم کیا جاسکتا ہے، اور اس طرح اتساع میں آسانی پیدا کی جاسکتی ہے۔ اس قسم کے نطولات ایک ہفتہ تک دن میں دو مرتبہ کرنے چاہئیں، اور ہر نطول کے بعد روئی کا ایک جھول (tampon) گلیسرین سے تر کر کے مہبل کے بالائی حصہ میں رکھ دینا چاہئے۔ اتساع طبی ایام حیض کے اختتام پر سرانجام دینا چاہئے، اور دھات کے ممبر موسیعات سے اوپر نہ کرنا چاہئے (دیکھو صفحہ 837)۔



شکل ۱۳۱۔ انوبی نفوخ کے لئے رحمی نیلیوں کی قسمیں۔

امریکہ میں اتساع عقم اور رحمی انوبی نفوخ تشخیصی طریقہ عمل کے طور پر مشورہ کے مکرمہ یا طبیب کے ”دفتر“ ہی میں سرانجام دے لئے جاتے ہیں۔ برطانیہ، عطلی میں یہ طریقہ رائج نہیں ہوا، اور اس طریقہ کار کا استعمال اس خیال سے صرف دارالعملی ہی میں کیا جاتا ہے کہ

اگر آئہ نفوخ سے مسدودیت کا وجود ظاہر ہوگا تو ممکن ہے کہ شکم شگافی کا علمیہ سرانجام دینا پڑے۔
بونئی (Bonney) نے ہیرائے پیش کی ہے کہ دوران شکم شگافی میں درجی ٹکی کو علی الصبح چھوڑ دینا
چاہئے تاکہ اس سے مسدودیت کا مقام ظاہر ہو، اور یہ ثابت ہو سکے کہ آیا مسدودیت
رفع ہو چکی ہے یا نہیں۔

اگر انبوی نفوخ سے یہ ظاہر ہو کہ کم از کم ایک فی منفتح ہے تو علمیہ تجویز کرنے سے پیشتر
ہمیشہ مخفف طریقوں سے کافی طویل عرصہ تک علاج کرنا چاہئے۔ فلوپی نیوں کے شکمی دھنوں کی
دونوں طرف کی انتہائی مسدودیت استقرار حل کے لئے بلاشبہ کی طور پر مانع ہے، اور ان
حالتوں میں ٹکی کو کھولنے اور مصنوعی شکمی دہنہ بنانے کے لئے کوششیں کی جاتی ہیں (انبوی تقویہ
salpingostomy)۔ اس علمیہ کو سرانجام دینے کا خیال اس وقت تک نہ کرنا چاہئے جب تک کہ
النتہائی فعالیت کے تمام سریری علامات غائب نہ ہو جائیں۔ اگر ٹکی کی دیوار میں نمایاں دبازت
پائی جائے تو یہ بہت ممکن ہے کہ مصنوعی دہنہ منفتح نہ رہے گا۔ لہذا یہ ظاہر ہے کہ انبوی تقویہ سے
محدود استفادہ ہی کیا جاسکتا ہے، اور اصابات کو بہت احتیاط سے منتخب کرنے کی ضرورت ہوتی
ہے۔ انبوی ضررات کے جو علاج کئے جاتے ہیں ان میں سے انبوی دہنہ کا کھولنا گونہایت سادہ
اور نہایت آسان معلوم ہوتا ہے مگر اولت فن میں اس میں کامیابی نہیں ہوتی جو بادی النظر میں
ممکن معلوم ہوتی ہے۔ اس ناکامی کی وجہ قطع نظر اس بعد علمیہ مسدودیت کے جو انتظامات سے
واقع ہو جاتی ہے، یہ ہے کہ اسی امر اضیاتی سبب سے جس سے ٹکی کے بعدی سرے پر اکثر ضرر
پیدا ہوتا ہے رجمی دہنہ بھی بند ہو جاتا ہے جب ایسی حالت موجود ہو تو اس کی شناخت ایک
چھوٹی سی ٹکی اور پچکاری کے ذریعہ سے فلوپی نیوں کا براہ راست شکم امتحان کرنے سے
کی جاسکتی ہے جیسا کہ بلیر بیل (Blair Bell) نے رائے دی ہے۔ ان صورت حالات کے
تحت چند مثالوں میں انبوی رجمی تنصیب (tubo-uterine implantation) یا انبوی
پیوند کاری (tubal grafting) کی کوشش کی جا چکی ہے جس میں کامیابی ہوئی ہے۔ اسکے لئے
جو ضروری طریقہ کار اختیار کیا جاتا ہے اس کے لئے معتد بہ مہارت اور ہوشیاری کی ضرورت
ہے، اور اس علمیہ کو سریری تصور نہ کرنا چاہئے۔ یہ طریقہ ابھی بالکل جدید ہے اور ایسے مطبوعہ
اندراجات جن سے اس کی کامیابی ثابت ہو اس قدر قلیل تعداد میں کہ اس امر کے
متعلق کوئی پختہ رائے قائم نہیں کی جاسکتی کہ انجام کار یہ کس قدر مفید ثابت ہوتا ہے۔

آج - این شتا (H. N. Shaw) نے ایک ایسے اصحاب کا بیان شائع کیا ہے جس میں صرف ایک ہی بقیہ نلی کے بیرونی سرے کا انتصاب قرن الرحم میں کرنے کے بعد استقرارِ حمل ہو گیا تھا اور ہم (جی - ڈبلیو) کو بھی دونوں نلیوں کے بعدی سرول کا دونوں طرف انتصاب کرنے سے اسی قسم کی کامیابی حاصل ہوئی ہے۔

اس باب کے اختتام پر مصنوعی امنا (artificial insemination) یعنی رحم میں نلکی اور پچکاری کے ذریعہ سے منی داخل کرنے کا مختصر سا ذکر کیا جاسکتا ہے۔ یہطاری جراح اس طریقہ کو مدت سے استعمال کرتے چلے آئے ہیں۔ عورتوں میں اس کا استعمال اول اول میں مینس (Marion Sims) نے سولہ عیس میں کیا تھا، مگر اس کے نتائج ناقابلِ اطمینان ثابت ہوئے اور اس لئے اس طریقہ کی شہرت زائل ہو گئی۔ اب زیادہ بہتر ترکیب کے استعمال سے گاہے گاہے کامیابی حاصل ہونے کی اطلاع بھی پہنچی ہے، لیکن اس پر رضا مندی کا اظہار کرنیوالی عورتوں کی تعداد بہت ہی کم ہے، اور اس کے نتائج اس قدر شکوک ہیں کہ اسے وثوق کے ساتھ پیش نہیں کیا جاسکتا۔ اگر اس طریقہ سے کوئی کامیابی حاصل ہو سکتی ہے تو اس کا سب سے زیادہ امکان صرف اسی حالت میں ہے جبکہ منی کے جہل میں مطروح ہونے کے فوراً بعد ہی اس کو کہفہ رحم میں داخل کر دیا جائے۔ اس مقصد کی سرانجام دہی کے لئے ایک خاص پچکاری کی ضرورت ہوتی ہے جس کے ساتھ ایک ٹوٹی یا نلکی لگی ہوئی ہو جو اس طرح سے بنی ہو کہ فم داخلی میں سے گذر سکے۔ لیزنگ (Leipzig) کے روبلیڈر (Rohleder) نے عقلم کا اس طریقہ سے علاج کرنے سے بیستھ مریضوں میں سے اکیس میں کامیابی حاصل کرنے کی اطلاع دی ہے۔

بیمضی عقلم (Ovarian Sterility)۔ جن صورتوں میں عقلم بیض کے ناقص فعلیاتی افعال کو متلازم ہو جیسا کہ بے قاعدہ حیض، قلت طمث (oligomenorrhoea) یا بے طمثیت کے اختلاط پذیر زمانوں سے ظاہر ہوتا ہے، ان میں ضخامیہ کے مقدمہ لختہ اور زمانہ صنفی ہارمونوں کے ذریعہ سے تندرست تبویض کو تحریک پہنچانے کی کوشش کی جاسکتی ہے۔ یہ تسلیم کرنا پڑے گا کہ جو تجہیزات پہلے استعمال کئے جاتے تھے ان سے جہاں تک عقلم کے علاج کا تعلق ہے

کچھ زیادہ مفید نتائج پیدا نہیں ہوتے تھے، لیکن اب جو زیادہ تو فی خلاصہ جات ممکن الحصول ہیں ان سے زیادہ کامیابی کی توقع ہے۔ بیضی عقم کی حالتوں میں نینبہن حال میں لاشعا عول کے مہیج معتادات سے بیضین کی تشبیح بھی کی جا چکی ہے، اور فلیٹا (Flatau)، کیپلین (Kaplan)، مائیلز فلیپس (Miles Phillips) اور دوسرے محققین نے کامیاب نتائج شائع کئے ہیں (میز دیکھو بے طہیت صفحہ 172)۔

جب عقم قلت طمث (oligomenorrhœa) اور قلیل اساسی تحول کو متلازم ہو تو درجہ کا استعمال کرانے سے بعض اوقات مفید نتائج پیدا ہوتے ہیں۔ لٹزنبرگ (Litzenberg) اور کیری (Carey) کی تحقیقات کے مطابق ۸۹ عورتوں میں جن کا اساسی تحول ۱۰ یا اس سے کم تھا عقم کی کثرت وقوع ۵۶ فیصدی تھی۔ ان عورتوں میں ۳۰ فیصدی صرف درجہ ہی سے علاج کرنے پر حائل ہو گئیں۔ میکرا (Meaker) نے بھی ایسے مردوں میں جن میں عقم کی وجہ اساسی تحول کی کمی تھی علاج بالدرجہ سے کامیاب نتائج کے حاصل کرنے کی اطلاع دی ہے۔ اس قسم کے مشاہدات سے اس امر کی اہمیت اور واضح ہو جاتی ہے کہ انواع انسان میں عقم کا مسئلہ عجیبہ گویوں سے گھرا ہوا ہے۔ متونی جے۔ سی۔ پولاک (J.C. Polak) کے ایک فقرہ سے اس باب کو ختم کرنا زیادہ مناسب ہو گا۔ انھوں نے کہا ہے کہ ”اس دلچسپ موضوع کے متعلق بہت سے مسائل لائیکل ہیں۔ اور ان سے یہ معلوم ہوا ہے کہ عقم کے جن مریضوں کا ہم علاج کرتے ہیں ان کی شفا بائی اتفاقی یا ضمنی ہی ہوتی ہے، کیونکہ تکمیل مجامعت کے سلسلہ میں بعض ایسے نفسی یا حیوی کیمیائی امور بھی پائے جاتے ہیں جو ان عورتوں میں بھی جو تشریحی نقطہ نظر سے بالکل مستند ہوتی ہیں استقرار حل کو منع کر سکتے ہیں اور کبھی دیتے ہیں۔“

۱۔ American Jour. Obstet. and Gyn., 1929, xvii, No. 4.

۲۔ Jour. Amer. Med. Assoc., 90, 1928.

Roma Istituto Poligrafico Dello Stato, 1931, Anno IX.

امتناع حمل

(CONTRACEPTION)

210

اس باب میں ہم ضبط تولید کے اخلاقیاتی یا تہذیبی پہلو پر بحث نہیں کریں گے۔ یہ ایک متنازعہ قیہ موضوع ہے، اور سنہیں حال میں سائنس دانوں اور غیر فنی حضرات نے اپنے خیالات کی اشاعت سے اسے شائد بجا شہرت دیدی ہے۔ یہاں اس مسئلہ پر صرف طبی نقطہ نظر سے غور کیا جائے گا۔

یہ ایک مسلمہ حقیقت ہے کہ بعض حالتوں میں عورت کے حاملہ ہونے سے اسکی زندگی یا صحت کے لئے سخت خطرہ کے پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ مثلاً یہ بالعموم خیال کیا جاتا ہے کہ کمزور کلوی مرض، حاد ریوی تدرن، اور شدید ضربات قلب پر حمل کا بہت مضرتہ پڑتا ہے۔ اگر ایسی حالت میں استقرار حمل ہو جائے تو علاجی اسقاط کا مشورہ دیا جاتا ہے، اور یہ سرانجام بھی دے دیا جاتا ہے، اور قانون اس کی اجازت دیتا ہے۔

سنہیں حال میں ایسے دوائی کی تعداد میں اضافہ کرنے کا رجحان دیکھنے میں آ رہا ہے جن کی وجہ سے اسقاط حمل کو جائز تصور کیا جاسکتا ہے۔ ان نام نہاد دوائی میں سے جو کثرت اولاد سے لے کر انقطاع الطمث کے ذہنی اختلالات تک بتائے جاتے ہیں اور جن کی طرف نہ صرف طبی نقطہ نظر ہی سے بلکہ اصلاح نسل کے خیال سے بھی توجہ کرنے کی ضرورت ہوتی ہے ہماری رائے میں ناجائز ہیں، اور ان کو تسلیم کرنے سے پیشتر بہت سے غور و تامل سے کام لینا چاہئے اور کسی طبی رفیق سے تصدیق کرالینا چاہئے۔ مزید برآں طبیب کو ایسی حالتوں سے بھی مسلسل واسطہ پڑتا ہے جن میں حمل اگر عورت کے لئے خطرناک نہیں تو غیر مناسب ضرور ہوتا ہے، اور جب کبھی ایسی صورت پیدا ہوتی ہے اسے اپنی مریضہ کو طبیب کا طر ضرور مشورہ دینا چاہئے، اور ایسا مشورہ دینے کا اسے اہل بھی ہونا چاہئے جہاں تک امتناع حمل یا ضبط تولید کے طبی اطلاقات کا تعلق ہے۔ یہ تحریری امراض النساء کا ایک اہم جز ہیں، اور شائد یہ ہمارے طبباہی کی سابقہ بے التفاتی کا نتیجہ ہے کہ آج اس موضوع کے متعلق بعض نامناسب صورتیں پیدا ہو گئی ہیں۔

دو اعمی۔ یہ ظاہر ہے کہ امتناع استقراہ حمل کے متعلق ماہر فن جو مشورہ دیکھا وہ زیادہ تر اس کے ذاتی خیالات پر مبنی ہوگا۔ عمومی نقطہ نظر سے ان دو اعمی میں وہ تمام حالتیں شامل ہیں جن میں اگر استقراہ حمل ہو جائے تو علاج کے نقطہ نظر سے اسقاط ضروری ہوگا مثلاً، قلب، پھیپھڑوں اور گردوں کے خطرناک مزمن ضررات، عدم دمویت کے شدید مدارج، ہمزماں خبیث مرض، اور بعض ذہنی امراض وغیرہ۔ علاوہ ازیں ایسی عورتوں میں جن میں استعداد انحصار بہت زیادہ ہو اور سرسبع التوازن استقراہ حمل کا احتمال ہو امراض یا علیہ جات (مثلاً علمیہ قیصر یہ یا وہ علیہ جات جو سقوط احتشائے حوض کے لئے کئے جائیں) کے بعد کے زمانہ نفیثیت کے مکمل طور پر ختم ہونے تک حمل کا عارضی طور پر روکنا بعض اوقات قرین مصلحت ہوتا ہے۔ اگرچہ یہ فہرست کسی طرح سے مکمل نہیں، مگر اس سے یہ ظاہر ہو جائے گا کہ مزاول فن کو کس قسم کی حالتوں سے دوچار ہونا پڑتا ہے، اور تاؤ فیکہ مناسب مشورہ نہ دیا جائے غیر مناسب نتائج کے پیدا ہونے کا احتمال ہوگا۔ یہاں یہ کہنے کی شاید ہی ضرورت ہوگی کہ اسے اس قسم کے امتناع حمل سے کوئی واسطہ نہ رکھنا چاہئے جس کی خواہش خالصتہً معاشرتی امور کی بنا پر ظاہر کی گئی ہو، مثلاً جبکہ نوکتر ازل و شوہر کثرت مصارف کا عذر پیش کرتے ہوں یا جبکہ درمیانہ عمر کی شادی شدہ عورت حمل کو محض "باعث رحمت" تصور کرتی ہو۔

امتناع حمل کے طریقے۔ حیوان منوی اور بیضہ کے اتحاد کو روکنے کے لئے جو طریقے گزشتہ اور موجودہ زمانہ میں استعمال کئے جا چکے ہیں وہ خاص کر بلحاظ تعداد و تنوع بہت قابل توجہ ہیں اور یہ اس امر کا ایک بین ثبوت ہے کہ بیشتر کثیر الاستعمال طریقے ناقص اور غیر موثر ہیں، چنانچہ یہ بلا خوف تردید کہا جاسکتا ہے کہ ایسا کوئی مانع حمل ابھی تک معلوم نہیں ہوا جس سے ۱۰۰ فی صدی کامیابی حاصل ہوئی ہو۔ یہ صحیح ہے کہ بعض طریقوں کے استعمال سے غیر مطلوبہ حمل کا استقراہ بعید از امکان ہوتا ہے بشرطیکہ اس کی ضروری ترکیب صحیح طور پر عمل میں لائی جائے، لیکن حقیقت یہی ہے کہ کسی اعلیٰ و اکمل مانع حمل کا ابھی تک انکشاف نہیں ہوا۔

امتناع حمل کے لئے جو طریقے رائج الوقت ہیں ان کی تقسیم حسب ذیل ہے:-

(۱) جراحیاتی طریقہ سے تعقیم۔

(۲) میکانیکی تشددی طریقہ۔

(۳) درجی طریقہ۔

(۴) کیمیائی طریقہ۔

(۵) حیاتیاتی طریقے۔

(۶) فعلیاتی طریقے۔ ”عمل“ (Coitus interruptus)۔

تعقیم صحیح معنوں میں ضبط تولید کا طریقہ نہیں ہے، بلکہ انتہا تولید کا طریقہ ہے۔ اگر ایک دفعہ تعقیم کرادی جائے تو پھر تلافی مافات غیر ممکن ہے، لہذا یہ طریقہ صرف اپنی حالتوں کیلئے موزوں ہے جن میں حمل کا قطعی سدباب مقصود ہو اور صرف حمل کی تعلیم ہی منظور نہ ہو۔ عورت میں تعقیم فلویپی نی کے قریبی سروں کے استئصال سے عمل میں لائی جاتی ہے، اور اس امر کی احتیاط کی جاتی ہے کہ نفی کے کئے ہوئے رچی سروں کو تاننت کی دختوں سے مکمل طور پر دفن کر دیا جائے۔ فلویپی نی کو صرف باندھنا یا کاٹنا ہی کافی نہیں ہوتا بلکہ کہنہ رحم اور باریٹون کے درمیانی ربط کو کاٹ کر عمدہ دختوں سے ہمیشہ کے لئے مسدود و مختوم کر دینا چاہئے۔ کثیرہ الولادت عورتوں میں مقام عملیت تک عنق الرحم کے آگے یا پیچھے مستعرض شکاف دینے سے راستہ ہبل رسائی کی جاسکتی ہے (دیکھو ہبل شگافی صفحات 860 تا 862)۔ عظیم الولادت عورتوں میں گنجائش کی کمی کی وجہ سے شکم شگافی ضروری ہوتی ہے۔ یہ ایک جھوٹے سے فوقانی شکاف کے ذریعہ سے سر انجام دی جاتی ہے جو یا تو خط وسطی میں دیا جاتا ہے اور یا مستعرض ہوتا ہے۔

تعقیم ایک ایسا عمل ہے کہ اسے سرسری تصور نہ کرنا چاہئے۔ اس کے نتائج سے میناں بیوی کو کماحقہ آگاہ کر دینا چاہئے، اور دونوں کی تحریری رضامندی کے بغیر اسے ہرگز نہ انجام دینا چاہئے۔ یہ ممکن معلوم ہوتا ہے کہ آئندہ زمانہ میں تعقیم کو اصلاح نسل کے ذریعہ کے طور پر پیش کیا جائے اور دائمی اور دیگر انتقال پذیر امراض کی حالتوں میں اسے سرانجام بھی دیا جائے۔

میکانیکی سندوی طریقے۔ استقرار حمل کو روکنے کے لئے تین میکانیکی ترکیبیں رائج الوقت ہیں، یعنی مردانہ غلاف (male sheath) یا فالہ (condom) (شکل ۱۳۲ و ۱۳۳)، زنانہ مہلی سندوی فرزجہ (vaginal occlusive pessary) (شکل ۱۳۴)، اور عنقی کلاہی فرزجہ (cervical cap pessary) (شکل ۱۳۵)۔ ان کا استعمال عام طور پر کسی تخم کش مدت کے ساتھ کیا جاتا ہے جس کا ذکر آئندہ کیا جائے گا۔

مردانہ غلاف یا فالہ (شکل ۱۳۲ و ۱۳۳) سب سے زیادہ کثیر الاستعمال مانع حمل چیز ہے، اور سی پی بلیکر (C. P. Blaker) کی رائے میں یہ شاید سب سے زیادہ بے ضرر ہے۔

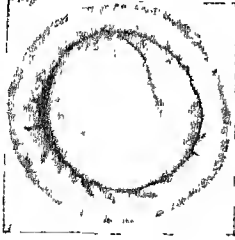
غلاف کسی مغنہ کارخانہ کا بنا ہوا استعمال کرنا چاہئے تاکہ کسی ایسے ادنیٰ قسم کے غلاف کے ملنے کا امکان نہ رہے جس کی ربڑ پرانی اور بھر بھری ہو اور جس میں باریک باریک سوراخ ہوں۔ بلکہ گرنے اس قسم کے غلاف کے استعمال کی سفارش کی ہے جس کے سرے پر ”علمہ“ ہو اور اس کے ساتھ کسی تخم کش مرہم یا جیل کا استعمال کیا جائے۔ اسے مجامعت سے پہلے پہن لینا چاہئے، اور صرف انزال سے پہلے ہی نہ پہننا چاہئے۔ استعمال کے فوراً بعد اسے اچھی طرح سے دیکھ لینا چاہئے، اور اگر یہ صحیح و سالم نہ ہو تو عورت کو فوراً کسی تخم کش نطول کا استعمال کرنا چاہئے۔

”مہبل کیپ“ (Vaginal Occlusive Pessary) (Dutch cap: شکل ۱۳۳) کا استعمال

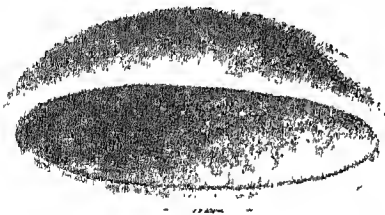
212

کی بیشتر نسوانی سریریات گاہوں میں پیش کیا جا چکا ہے۔ یہ فرزجہ ایک عریض قہ دار ڈایا فرام پر مشتمل ہوتا ہے جو ربڑ اور تار کے ایک ضغطہ پذیر حلقہ کے اوپر تیندہ ہوتا ہے۔ اسے مہبل میں اس طرح داخل کرنا چاہئے کہ اس کا تختہ اوپر کور ہے، اور یہ عمل بعینہ اسی طرح انجام دینا چاہئے جس طرح کہ ربڑ کا معمولی حلقہ دار فرزجہ (rubber ring pessary) رچی اور مہبل سقوط کے لئے داخل کیا جاتا ہے (دیکھو شکل ۶۱۷ و ۶۱۸)۔ اس آلہ کو داخل کرتے وقت یہ خیال رکھنا چاہئے کہ اس کا موخر کنارہ عنق کے نیچے پہنچ جائے تاکہ یہ مہبل کے موخر تہہ میں بخوبی بیٹھ جائے۔ اگر اس احتیاط پر زور نہ دیا جائے گا تو یہ ممکن ہے کہ فرزجہ مہبل کی مقدم دیوار ہی سے لگا رہے۔ اس صورت میں یہ بالکل بیکار ثابت ہوگا۔ جب ”ڈچ کیپ“ اپنے مناسب محل پر بیٹھ جاتی ہے تو مہبل چھت کی شکل میں تیندہ ہو جاتی ہے، اور عنق الرحم کو پوشیدہ کر لیتی ہے۔ استعمال سے پہلے اس فرزجہ کی دونوں طرفوں پر کسی مانع حمل مرہم کا طلاء کر دینا چاہئے، اور اس کے داخل کرنے سے پہلے، اور اس کے نکالنے کے بعد صابون اور یانی کے نطول یا کسی مانع عفونت نطول (مثلاً ڈیٹول: Dettol) کا استعمال کرنا چاہئے۔ اس آلہ کو مہبل میں آٹھ سے لیکر بارہ گھنٹہ تک بلا خوف ضرر رکھا جاسکتا ہے۔ ”ڈچ“ (Dutch) یا ”میسنگا“ (Meesinga) فرازجہ مختلف جسامتوں کے بنائے جاتے ہیں، اور مناسب جسامت کے فرزجہ کا انتخاب کرنا ضروری ہوتا ہے جبکہ سقوط کے لئے ربڑ کے فرزجہ کا کیا جاتا ہے۔ اس انتخاب کی ضرورت اس حالت میں خاص طور پر پیش آتی ہے جبکہ فرش حوض میں ارتخاک کا جھان پایا جائے اور قیلہ منانیہ (cystocele) یا قیلہ مستقیمہ (rectocele) موجود ہوں۔ ۵۔ ۵ ملی میٹر، ناب کا فرزجہ سب سے زیادہ کثیر الاستعمال ہے، لیکن اس سے بڑے یا چھوٹے فرازجہ بھی ممکن الحصول ہیں۔

قاعدہ اسی فرجہ کا استعمال کرنا چاہئے جو ان فرائج میں سے سب سے بڑا ہو جو باسانی برداشت



شکل ۱۳۳۔ مروانہ رفالہ (میل کنڈوم) استعمال سے پہلے۔ غلاف کے لپیٹنے سے اس کے جرم میں نقائص کے پیدا ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے۔



شکل ۱۳۴۔ ”ڈیج کیپ“ یا ”ینگا“ پہلی فرجہ جو میکانی ڈایا فرام کے طور پر استعمال کیا جاتا ہے۔



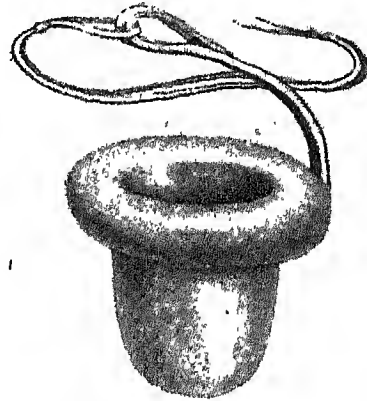
شکل ۱۳۲۔ مروانہ غلاف (میل شیتھ) یا رفالہ (کنڈوم) کھلا ہوا دکھایا گیا ہے جب اس کی ضرورت نہ ہو تو اسے لپیٹ کر رکھ دیا جاتا ہے۔

کئے جاسکتے ہیں۔

اس امر کا اعتراف بلا تامل کیا جاسکتا ہے کہ اس طریقہ کو کامیاب بنانے کے لئے مریضہ کو اپنی تشریح سے بخوبی واقف ہونا چاہئے اور اسے نہ صرف اس کے داخل کرنے کی ترکیب ہی

معلوم ہو بلکہ وہ یہ بھی پہچان سکتی ہو کہ فرزہ اپنی صبح بک پر بیٹھ بھی گیا ہے یا نہیں۔ اس طریقہ سے ۵ فیصدی ناکامی ہوتی ہے، اور اس کی وجہ بالعموم یہ ہوتی ہے کہ یا تو اسے غلط لگایا جاتا ہے، اور یا اس کی ضروری ترکیب استعمال میں کوئی دقت پیش آتی ہے اور اس سے کوئی تکلیف ہوتی ہے۔

عنقی کلایہ فرارنج (Cervical Cap Pessaries) (شکل ۱۳۵) میں سے دو مستعمل ہیں، یعنی ”ڈوماس“ (Dumas) اور ”پرو ریس“ (Pro-race)۔ دونوں کو قتبہ مہبل میں اس طرح بلا واسطہ لگایا جاتا ہے کہ انفخار نیچے کی طرف رہے اور مہبل عنق کو یہ مکمل طور پر گھیر لیں۔ ”ڈوماس“ دونوں میں سے زیادہ عریض ہوتا ہے، اور سفت مہبل پر امتصاصی اثر ڈالنے سے اپنی وضع پر قائم رہتا ہے۔ ”پرو ریس“ (Pro-race cap) (شکل ۱۳۵) ایک گہرے پیالہ پر مشتمل ہوتی ہے جس کی گروٹے ربڑ کی ہوتی ہے جو مہبل عنق پر براہ راست بیٹھ جاتی ہے۔ اس کے چار سائز ملتے ہیں۔ یہ دونوں فرزہ جی ایسی حالت میں استعمال کیے جاتے ہیں جبکہ فرش عوض کے ارتخا یا عریض مویج مہبل کی وجہ سے تشددی مہبل فرزہ کا استعمال مناسب تصور نہ کیا جاتا ہو۔ چار ہی رائے میں ان فرزوں کے استعمال میں چند خرابیاں ہیں، اس لئے ان کے استعمال کی سفارش نہ کرنا چاہئے۔ اولاً یہ ہفہم کے تمام مواد کے اخراج کو میکانی طور پر بند کر دیتے ہیں، اور اگر کچھ عنقی نازلت پہلے ہی سے موجود ہو تو ان کے طویل المدت استعمال سے زیادہ ہو جاتی ہے۔ دوئم ان کو نکالنے سے کچھ اوٹ کا جھانڑ عنق پر ہوتا ہے اس سے



شکل ۱۳۵۔ زنانہ ”پرو ریس“ فرزہ (Female “Pro-race” Pessary) مہبل عنق پر لگانے کے لئے۔

رحمی غیر ذہبیست اور بالخصوص پس گردیدگی کے پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ آخری خرابی یہ ہے کہ عورتوں کو عنقی فرزہ کے داخل کرنے میں دقت پیش آتی ہے، اور بیشتر حالات میں انکا داخل کرنا

ان کے لئے نامکن ہوتا ہے۔ تاہم چونکہ یہ فرزہ عین صحیح طور پر ٹھیک نہ بیٹھ جائے اس کے سرک جانے کا احتمال ہوتا ہے اور دوران مزاولت فن میں ایسی حالتوں کا پایا جانا مشکل ہے جن میں یہ عین ٹھیک طور پر بیٹھ سکے، کیونکہ عنقوں میں انفرادی طور پر دریدگیاں اور تشنجی اختلافات موجود ہوتے ہیں۔

در رحمی طریقے (Intra-uterine Methods) - امتناع حمل کے بعض درجی

طریقے حال ہی میں پیش کئے گئے ہیں جو ناقابل اعتبار اور خطرناک ہیں اور جن کا بیان یہاں صرف اتنی مذمت ہی کے لئے ضروری ہے۔ ”وش بون“ یعنی فرزہ cervical (“Wish-bone” pessary) (شکل ۱۳۶) ایک مرغوی جو فدارتے پر مشتمل ہوتا ہے۔ جس کے نیچے کے سرے پر ایک چھپا قرص لگا ہوتا ہے اور اوپر کے سرے پر دو منفرد بازو ہوتے ہیں۔ قتال عنق میں داخل کرنے کے وقت بازوؤں کو آپس میں ملا دیا جاتا ہے اور جب یہ کھنڈہ رحم میں پہنچ جاتے ہیں تو کمائیوں کی طرح ایک دوسرے سے الگ ہو جاتے ہیں۔ یہ فرزہ طلائی ساخت کا ہوتا ہے اور یہ نہایت ہی خطرناک آلہ ہے۔ اس سے نہ صرف سرائت زدہ مہبل اور تناسلی خطہ کے درمیان راہ و ربط ہی قائم ہو جاتا ہے

214

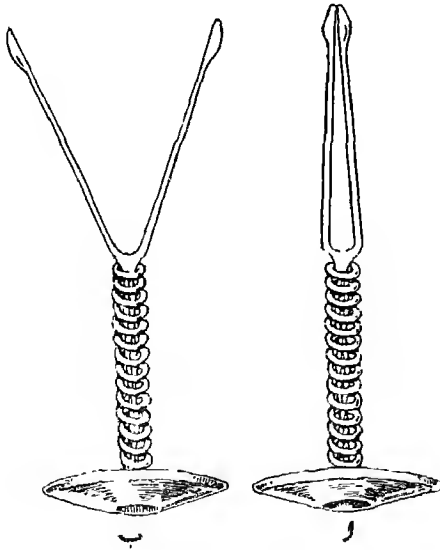
جس سے صعودی انتہائی ضررات پیدا ہو جاتے ہیں بلکہ اس سے دیوار رحم میں تخم واقع ہو سکتا ہے جس سے شدید زہر پیدا ہو سکتا ہے۔ ”وش بون“ فرزہ

(“Wish-bone” pessary)

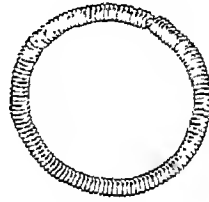
کے استعمال کے بعد انتہا باطلوں کے جھلک واقعات بھی دیکھنے میں آئے ہیں اور اس کا استعمال قطعاً ناجائز ہے۔ امتناع حمل کے لئے ایک اور درجی آلہ مستعمل ہے۔ یہ

گرٹین برگ کا حلقہ (Gräfenberg's ring) (شکل ۱۳۶)۔ (۱) ”وش بون“ یعنی تنہ دار فرزہ (“Wish-bone”

ring) ہے (دیکھو شکل ۱۳۶) (Cervical Stem Pessary) جو داخل کرنے کے لئے نیکو کیا گیا ہے جو مذکورہ فرزہ سے شاید کم خطرناک ہے۔ اور (ب) کھلا ہوا ہے۔ یہ نہایت ہی خطرناک آلہ ہے اور اس کا ہرگز استعمال نہ کرنا چاہئے۔



مگر اس کے متعلق یہ ثابت ہو چکا ہے کہ یہ غیر معتبر ہے۔ یہ حلقہ چاندی کے خم پذیر تار کا ایک چھوٹا سا مرغولہ ہوتا ہے جس کے بل قریب قریب ہوتے ہیں۔ اسے کہتے رحم میں داخل کر دیا جاتا ہے اور یہاں اسے بارہ ماہ تک رہنے دیا جاتا ہے۔ اس کے بعد اس کو نکال لیا جاتا ہے اور نیا آلہ داخل کر دیا جاتا ہے۔ کوپن ہیگن کے لیون باخ (Leunbach) نے حال ہی میں ضبط تولید کی ساتویں بین الاقوامی کانفرنس میں گرتین برگ کے حلقہ کے بہت خلاف رپورٹ پیش کی ہے۔ ۱۶ عورتوں میں سے جن کا اس طریقہ سے علاج کیا جا رہا تھا، ان میں اس حلقہ کو مسلسل نزف رحم، درد اور جربان مواد کی وجہ سے بعد میں نکالنا پڑا۔ دیگر بائیس عورتوں میں یہ حلقہ داخل کرنے کے بعد خود بخود باہر نکل گیا اور دو عورتوں میں استنقارِ حل بھی ہو گیا، باوجودیکہ یہ حلقہ کہتے رحم میں اپنے اپنے مناسب محل پر موجود تھے۔ لیون باخ نے ماد النہاب انوبہ کی بھی تین حالتوں کا ذکر کیا ہے جو اس حلقہ کے استعمال کے ساتھ براہ راست منسوب کی جاسکتی ہیں، اور اس کا یہ خیال ہے کہ گرتین برگ کا حلقہ قابل تسلیم مانع استنقارِ حل کی دونوں خصوصیات سے یقیناً معر ہے، یعنی نہ تو یہ قابل اعتبار ہے اور نہ بالکل بے ضرر۔



شکل ۱۳۔ گرتین برگ کا حلقہ جو کہتے رحم میں داخل کیا جاتا ہے۔ اس حلقہ کا استعمال بھی بہت خطرناک ہے، اور بطور مانعِ حل یہ غیر معتبر ہے۔

(Chemical

کیمیائی مانعاتِ حل

Contraceptives)۔ اس امر میں کچھ شبہ نہیں کہ بیضہ پر کیمیائی ذرائع سے ہملک اثر ڈالنا غیر ممکن ہے، اور اس لئے کیمیائی عوامل کا استعمال اسنادِ استقرارِ حل کے لئے صرف اس حد تک ہی کیا جاتا ہے کہ تخم کش اشیا

ہبیل اور جلی عنق پر اثر کرنے کے لئے شبات، اقراص، جیلیوں، فطولات اور سفینوں (دیکھو شکل ۱۴) کی شکل میں استعمال کی جاتی ہیں۔ گزشتہ چند سال سے اس قسم کی کثیر التعداد تجہیزات بازار میں مختلف صنعتی ناموں سے ممکن الحصول ہیں، اور ان کو مؤثر بنانے میں کم و بیش مبالغہ سے کام لیا گیا ہے۔ سریریاتی آزمائش کرنے سے بہت سی مثالوں میں اس قسم کے بیانات جھوٹے ثابت ہوئے ہیں، اور بلکہ اس امر کا ذکر مندرجہ ذیل الفاظ میں کرتا ہے۔ ”کافی آزمائش کے بعد تمام تجہیزات

مریضوں کی مختلف تعدادوں میں غیر معتبر ثابت ہوئی ہیں۔ کیمیائی مانعاتِ حمل کی تائید میں زیادہ سے زیادہ صرف اتنا ہی کہا جاسکتا ہے کہ یہ تسدی طریقوں کے ساتھ معاون کے طور پر استعمال کئے جاسکتے ہیں۔

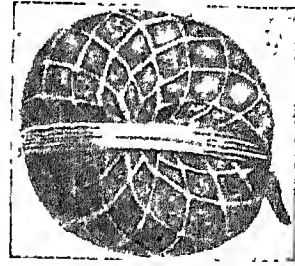
215

مختلف خالص کیمیائی اجسام اور صنعتی تجہیزات کی تخم کش قوتوں کا مطالعہ جے۔ آر۔ بیکر (J.R. Baker) نے آکسفورڈ میں حیوانیات اور تقابلی تشریح کے شعبہ میں کیا ہے۔ اس نے یہ معلوم کیا ہے کہ حیوانِ منوی کے لئے سب سے زیادہ ہستی عامل مرکب مرکب کلورائیڈ (mercuric chloride) ہے جو $\frac{1}{250}$ فی صدی محلول میں اس کو ہلاک کر دیتا ہے۔ اس کے بعد فارمائلڈی ہائیڈ (formaldehyde) جو $\frac{1}{50}$ فی صدی محلول میں اس کے لئے مہلک ہے، ہیکسل ریسارسین (hexyl resorcin)، سیپونین (saponine) اور آکیوڈین (iodine) ہیں۔ سوڈیم اولیٹ (sodium oleate) اور پالمیٹ (palmitate) بہت موثر تخم کش اشیاء ہیں، اور یہی وجہ ہے کہ مانعِ حمل اغراض کے لئے عوامِ صابون اور پانی کے نطول (douche) کا استعمال بالعموم کرتے ہیں اور کامیاب رہتے ہیں۔ بہر کیف ہبلی سر حلمہ پر صابون کا جو خراش آور اثر ہوتا ہے اس کو اس سلسلہ میں یاد رکھنا چاہئے اور اس قسم کی اشیاء کے مسلسل استعمال سے نازلی التهابِ مہبل (catarrhal vaginitis) اور مزمن سیلانِ ابیض (chronic leucorrhœa) پیدا ہو جاتا ہے۔ کوئین کے محلولات اور فرازج پر بھی یہی صادق آتا ہے جو بطور مانعاتِ حمل بکثرت مستعمل ہیں۔ یہ معلوم ہو جانا چاہئے کہ کوئین بائی سلفیٹ (quinine bi-sulphate) اور چائینوسال (chinosol) دونوں نسبتاً کمزور تخم کش ادویہ ہیں، اور اس لئے غیر موثر ہیں۔

بعض صنعتی تجہیزات قابلِ اعتبار بنائی جاتی ہیں جس کی وجہ یا تو ان کا لعابی اساس ہے جو حیوانِ منوی کی حرکت پذیری کو میکائی طور پر بند کر دیتا ہے، اور یا کاربن ڈائی آکسائیڈ کی پیدائش ہے جو مہبل میں رکھے ہوئے قرص کے حل ہونے سے جھاگ کی شکل میں نکلتی ہے۔ ان تجہیزات میں اکثر کوئی نہ کوئی کیمیائی تخم کش موجود ہوتا ہے۔ چنانچہ ”آرتھوگائینال“ (orthogynol) میں آکسی کوئینولین سلفیٹ (oxyquinoline sulphate)، بورک ایسڈ (boric acid) اور گلیسرین ایک لعابی اساس میں موجود ہوتے ہیں، اور کنٹراپیلین (contraceptalene) میں لیکٹک ایسڈ (lactic acid) ہوتا ہے، سیموری (semori) اور فینیل (finil) کے

افراس میں ٹارٹریک ایسڈ (tartaric acid) اور سوڈیم بائی کاربونیٹ کا آمیزہ چائینوسال (chinosol) کے ساتھ موجود ہوتا ہے۔ ”سپیسٹین“ (speton) میں جھاگ پیدا کرنے والے عوامل کے علاوہ ڈائی کلورامین ٹی (dichloramin-T) کا ایک مشتق موجود ہوتا ہے جس کی وجہ سے ہائیپوکلورس ایسڈ (hypochlorous acid) پیدا ہوتا ہے اور انجام کار ناشی آکسین لگنے لگتی ہے۔

کیمیائی عوامل کو تخم کش ادویہ کے طور پر استعمال کرنے کے سلسلہ میں ایک اہم سوال یہ بھی پیدا ہوتا ہے کہ آیا مسئلہ تجزیہ بے ضرر بھی ہے۔ کوئین اور صابون کا جو خراش اور اثر پہلی سٹری پر پڑتا ہے اس کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے۔ اس مسئلہ کا ایک اور پہلو یہ ہے کہ آیا ان کے استعمال سے حیوان منوی کی قوت اخصاب میں کوئی نقص پیدا ہو سکتا ہے، اور ان بچوں پر جو ان کے ناکام رہنے سے پیدا ہوئے کوئی مضر اثرات مرتب ہوں گے یا نہیں۔ یہ امر بیدار امکان نہیں کہ حیوان منوی میں تخم کش ادویہ سے متضرر ہو جانے کے باوجود بیضہ کے اخصاب کی قابلیت موجود رہے۔ اگر اس امر کا لحاظ نہ بھی رکھا جائے کہ میکائی انعامات حمل کیمیائی مانعات حل کے مقابلہ میں زیادہ قابل اعتبار ہیں، تو بھی مذکورہ بالا



شکل ۱۳۔ پہلی اسفنج حمل شدہ کیمیائی تخم کش کے ساتھ استعمال کیا جاتا ہے۔

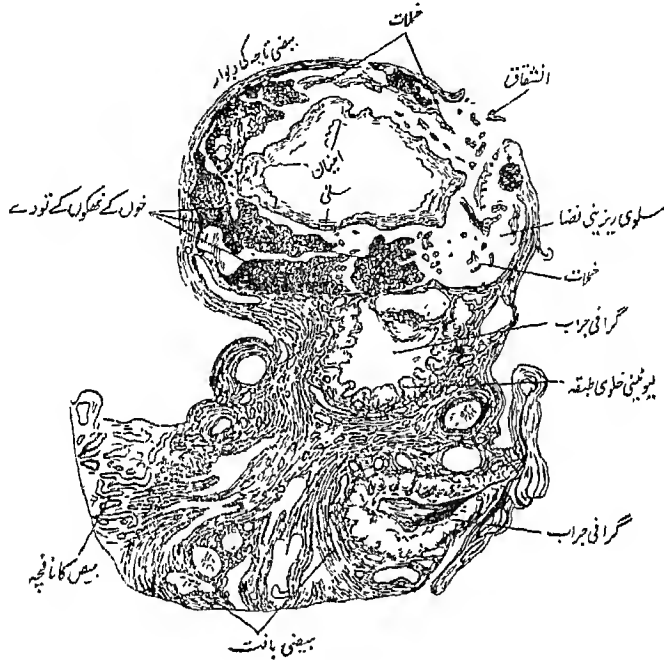
اسباب کی بنا پر ہماری رائے میں قبل الذکر کا استعمال موخر الذکر کی نسبت زیادہ مناسب ہے۔ حیاتیاتی طریقے (Biological Methods)۔ یورپ اور امریکہ کے بعض معلوم میں حال ہی میں اس امر کی کوششیں کی گئی ہیں کہ مادہ میں اسی نوع یا کسی متجانس نوع کے حیوانات منویہ سے منعیت پیدا کرنے سے عارضی عقم کی حالت پیدا کر دی جائے۔ جرمنی میں ڈیٹر (Dittler) نے مادہ خرگوشوں کو خرگوشوں کی مٹی کا اشتراک کرنے سے عقم بنانے میں کامیابی حاصل کی ہے۔ اس نے یہ بھی دریافت کیا ہے کہ اس طریقہ سے عقم کردہ حیوانات کا مصل خون حیوانات منویہ کے لئے ایک معین سہی اثر رکھتا ہے، اور ان کی حرکت پذیری کو بند کر دیتا

اور ان کو ملزوق کر دیتا ہے۔ مزید برآں ویسکانسن (Wisconsin) کے گوائیر (Guyer) نے بھی خروگوشوں اور گٹھی پگوں میں دوسرے حیوانات سے حاصل کردہ منوی سمی امصال (spermatotoxic sera) سے عارضی عقیم پیدا کیا ہے۔ روس اور امریکہ میں امصال اور جدریات دونوں کا استعمال انواع انسان میں عقیم پیدا کرنے کے لئے مستعمل کیا گیا ہے اور ماسکو اور آرکینجیل کی سریریات گاہوں میں انسداد استقرار حمل کے اس حیاتیاتی طریقہ کی کامیابی کا دعویٰ بھی کیا گیا ہے۔ اس قسم کے طریقے ابھی تک ابتدائی مراحل ہی طے کر رہے ہیں اور یہاں ان کا ذکر صرف اس لئے کیا گیا ہے تاکہ یہ معلوم ہو جائے کہ آئندہ تحقیقاتی کام کا لائحہ عمل کیا ہوگا۔

فعلیاتی طریقے (Physiological Methods)۔ یہاں صرف ایک ہی نقطہ کا ذکر کرنا کافی ہوگا جو بالعموم ”عزل“ (coitus interruptus) (انزال سے قبل مردانہ عضو کو باہر نکال لینا) کے نام سے موسوم ہے۔ عزل اگرچہ عوام میں انسداد حمل کا شاید سب سے زیادہ رائج طریقہ ہے لیکن بہت سے مصنفین نے اس بنا پر اس کی مذمت کی ہے کہ یہ ناقابل اعتبار ہے اور بعض اشخاص کے لئے مضر بھی ہے۔ گو اس کے مضر اثرات کے متعلق بلاشبہ بہت کچھ مبالغہ سے کام لیا گیا ہے لیکن اعداد و شمار سے یہ ثابت ہو چکا ہے کہ انسداد حمل کے لئے یہ بہت سی مثالوں میں ناکام رہا ہے، ناکامی کی شرح فیصدی کا اندازہ ساٹھ اور اسی کے درمیان درمیان کیا گیا ہے اور ”گو یہ اچھی ہے کہ یہ طریقہ چند سال تک کامیاب رہتا ہے لیکن اکثر مثالوں میں یہ زیادہ تر ناکام ثابت ہوتا ہے“ اور استقرار حمل ہو جاتا ہے (آبراہیم سٹون: Abraham Stone)۔ اس عنوان کے تحت دو حیض کے اس زمانہ کا اجمالی ذکر بھی مناسب ہوگا جو ”محفوظ زمانہ“

(safe period) کے نام سے موسوم ہے۔ ڈکنسن (Dickinson) نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ اگر مجامعت صرف ہفتہ قبل از حیض تک ہی محدود رکھی جائے تو استقرار حمل کا امکان کم ہوتا ہے۔ اگرچہ ڈکنسن نے اپنے مقالہ کی تائید میں چند موثق شہادتیں پیش کی ہیں لیکن یہ ضرور تسلیم کرنا پڑے گا کہ یہ نام نہاد ”محفوظ زمانہ“ حقیقتہً محفوظ نہیں۔ فلوپی ٹلیوں میں زندہ حیوانات منویہ گذشتہ مجامعت کے تین ہفتہ بعد شناخت کئے جا چکے ہیں اور صرف

وائیں عروض رباط کے عین پیچھے منتصب تھا۔ اس مریضہ پر عملیہ کیا گیا۔ لیکن چونکہ وہ شفا یاب ہو گئی اس لئے رحم اور ٹیوی نیلیوں کا نسجیاتی امتحان بالتفصیل نہیں کیا گیا۔ اس حالت سے ملتی ہوئی ایک حالت



شکل ۱۳۹۔ بیضی محل (خانہ ٹسبروئک: von Tussenbroeck)۔ بیضہ کا
نوگرافی جراب میں ہوا ہے اور اشفاق حملی تاجہ کی آزاد سطح پر واقع ہے۔

ہم میں سے ایک (بی۔ ویلیو) نے صرف ایک ہی ڈکی میں حال ہی میں دیکھی ہے جس کی عمر انیس سال کی تھی۔ شدید دروں باریطونی ترف کی وجہ سے شکم شکافی (laparotomy) کی گئی۔ دونوں بیض اور ٹیوی نیلیاں برہنہ آنکھ سے بالکل طبعی دکھائی دیتی تھیں۔ کسی انوبی دہنہ میں سے خون نہیں بہتا تھا۔ جب نرئی نفلہ کو معلوم کرنے کی کوشش میں ڈگلس کی جیب میں سے خون کا تھکا صاف کیا گیا تو چھ ماہ کا حمل پایا گیا جس میں بیضہ ڈگلس کی جیب کے فرش سے واضح طور پر چسپیدہ تھا۔ بیضہ کو بذریعہ

تفصیل علیحدہ کر دیا گیا اور باریلٹون کی نرینی سطح سی دی گئی۔ گرون (Gröné) کی مریضہ کی طرح یہ مریضہ بھی بالکل شفا یاب ہو گئی اور فلوپی نلیوں وغیرہ کے متعلق مزید خوردبینی تحقیقات نہ کی جاسکی۔ اگرچہ ابتدائی باریلٹونی حمل کے وقوع کا فطری طور پر کوئی امکان نہیں لیکن حقیقی معنوں میں اس امر کا مظاہرہ کرنا بہت سی مشکلات سے پر ہے اور اس امر پر کوئی اعتراض نہیں کیا جاسکتا کہ اگر یہ عورتوں میں واقع ہوتا بھی ہے تو خارج الرحم حمل کے دوسرے دو انواع کی نسبت بہت ہی نادر الوقوع ہے۔

بیضی حمل

218

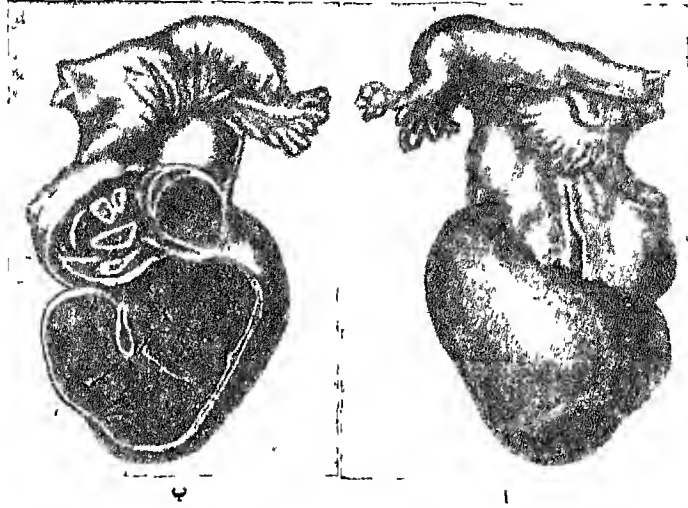
(OVARIAN PREGNANCY)

بیضی حمل کے پہلے واقعہ کی اشاعت جس کی تصدیق حسب الطہینان کی جا چکی تھی، کیتھیرین فان ٹسنبروک (Catherine von Tussenbroeck) نے ۱۷۹۹ء میں کی (دیکھو شکل ۱۳۹)۔ ۱۷۹۹ء اور ۱۸۰۹ء کے درمیانی عرصہ میں نورس (Norris) نے آئیس مصدقہ واقعات جمع کئے۔ اور ۱۸۱۰ء سے لیکر ۱۸۱۶ء تک ہم میں سے ایک (سی۔ ایل) نے بائیس حقیقی واقعات جمع کئے۔ چنانچہ جانتک معلوم ہوا ہے مارچ ۱۸۱۶ء تک کم از کم اکتالیس مصدقہ واقعات کی اشاعت ہوئی۔ اور اس وقت سے لیکر اب تک اور واقعات بھی ہمارے ذاتی مشاہدہ میں آئے ہیں اور ان کا اندراج الہی ادبیات میں کیا جا چکا ہے۔ اس سے یہ صاف ظاہر ہے کہ بیضی حمل اگرچہ نسبتاً زیادہ نادر الوقوع ہے مگر خارج الرحم حمل کی یہ نادر ترین نوع نہیں (دیکھو صفحہ ۲۴۰)۔ بیضی حمل کی اکثر مثالوں میں ایسا معلوم ہوتا ہے کہ انتصاب بیضہ کا محل کوئی ایک گرافی جراب ہوتا ہے (دیکھو شکل ۱۳۹) جس میں جو انات منویہ شام مقام انشقاف میں سے داخل ہو جاتے ہیں اور یا ممکن ہے کہ براہ راست دیوار میں سے گذر کر داخل ہو جاتے ہوں۔ علاوہ ازیں یہ بھی قریب الامکان ہے کہ بیضی خلیہ اس وقت مختص ہو جائے جبکہ یہ جراب سے نکل کر سطح پر آگیا ہو اور بعد ازاں یہ اپنی معتد بہ قوت آکملہ سے بیضی یافت میں اپنے لئے ایک ہمداد تیار کر لے۔ بہر کیف حیوان منوی

لے میدیترین طہی ادبیات کے لئے دیکھو (Hochne: Zentrabl. für Gynak, 1923, No. 1)

نیز (Monatschr. f. Geb., 1921. Bd. liv. S. 102-108.)

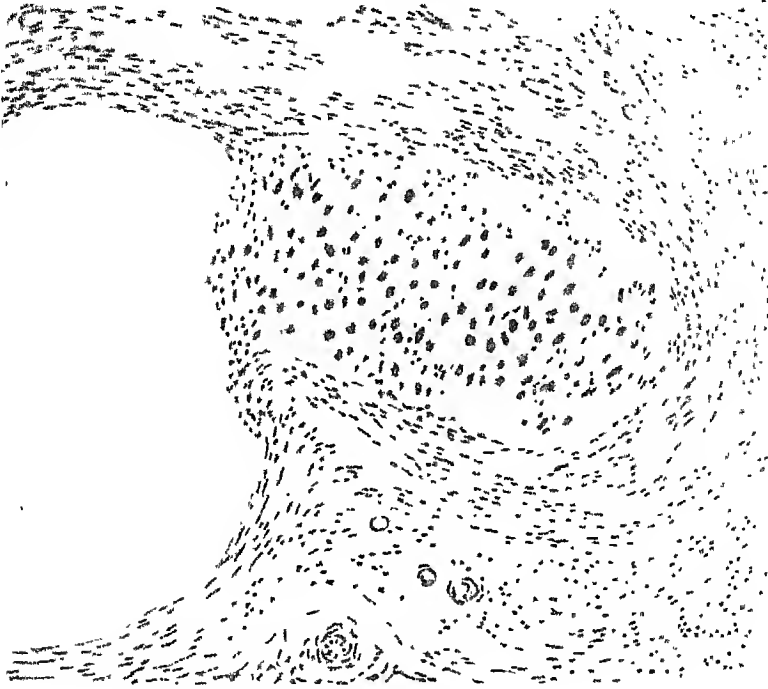
بالعموم گرافنی جراب میں داخل ہو کر اس کے اندر کے بیضی خلیہ کو مضرب کرتا ہے جو جراب کے سیال



شکل ۱۴۰۔ (بیضی حمل)۔ ا۔ حملی تاج کا خارجی منظر۔ ب۔ حملی تاج کے جراب کے اندر کے منظر۔

مشتعلات کے ہمراہ ابھی خارج نہیں ہوا ہوتا جن خلیوں سے جراب کا استر بنتا ہے ان میں سے ایک بار در بیضہ اپنا مسکن بنالینا ہے اور اس کے منہ کے ابتدائی مارج اپنا ممبر بھی طے کرنے لگتے ہیں۔ شکل ۱۳۹ سے حملی تاج یا بیضہ کے مادری غلاف کا طیار ہونا ظاہر ہوتا ہے۔ یہ صرف اس بافت کی تہوں پر مشتمل ہوتا ہے جس سے گرافنی جراب کی دیوار طبعی طور پر مرکب ہوتی ہے اور یہ بھی معلوم ہو جائے گا کہ بیضہ کے بیشتر حصہ کو جراب کی نازک دیوار کے سوا اور کوئی شے سہارا نہیں دیتی۔ بیضی حمل کی تشخیص کے لئے برخصائص کا وجود لازمی ہے وہ شکل ۱۴۰ میں ظاہر کئے گئے ہیں۔ اس میں یہ دکھائی دیکھا کہ بیض میں خون کا ایک بڑا سا تھکا مو جو د ہے اور ب جس میں امیانی غشا اور سلوی خلائی بائے گئے۔ یہ تھکا اور جل کے حاصلات ایک مکمل کیسہ میں جو بیضی بافت سے مرکب ہوتا ہے بندیں۔ بیض کے طبی تعلقات غیر متغیر ماسا رتیقائے بیض (mesosalpinx) اور متناظر فلویائی کے ساتھ برقرار ہیں۔

صادق جامد زیرینہ (true decidua compacta) بیض میں طیار نہیں ہوتا لیکن

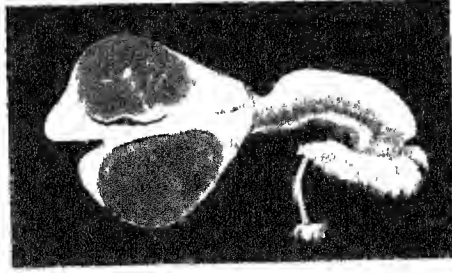


شکل ۱۲۱۔ یہ شکل بیض کے لب کی اتصالی بابت کے خلیات میں ریزینی تعامل کو ظاہر کرتی ہے۔ بیضی حمل کے ایک اصحاب سے مراد گائز اور لاکٹیریا

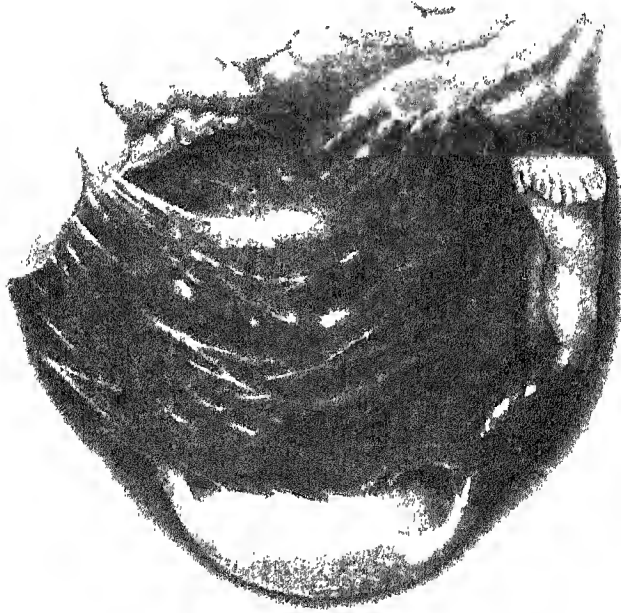
ریزینی خلیات کے قطعات بعض اوقات لب اور قشرہ کے ہیکل میں پائے جاتے ہیں (دیکھو شکل ۱۲۱ و ۱۲۲)۔ بیشتر مصدقہ حالتوں میں حمل اپنے ابتدائی زمانہ ہی میں انشقاق پر ختم ہو گیا (دیکھو شکل ۱۳۹) لیکن جس واقعہ کا ذکر گائیلز (Giles) اور لاکیر (Lockyer) نے کیا ہے

“Case of ovarian pregnancy” (Arthur E. Giles, M.D., and Cuthbert

Lockyer, M.D.), *Proc. Roy. Soc. Med. (Obst. Sect.)*, vol. viii, pp. 2—10,



(۱) غیر فحش انجینی کل جو بیضہ کی دروں دیواری تقیب کو ظاہر کرتا ہے۔ یہ بیضہ ایک دھ (mole) میں
تبدیل ہو گیا ہے۔ یو۔ سی۔ ایچ۔ میڈیکل سکول میوزیم نمبر ۶۹-
(جی۔ بلیکر کے مطابق۔ میسرکس میڈیکل میں اینڈوکرکی اجازت سے۔)



(ب) حوضی قیدہ دمویہ (Pelvic Hematocoele) جو بائیں نی کے گنگانی حصہ پر انجینی کل کے فحش ہو جانے سے ثانوی طور پر پیدا ہوا ہے۔
(جی۔ بلیکر کے مطابق۔ میسرکس میڈیکل میں اینڈوکرکی اجازت سے۔)

اس میں اور دوسرے دو واقعات میں جن کی اشاعت مؤخر الذکر نے کی ہے ایک وحملہ (mole) بن گیا تھا اور بیضی کیسہ ہرگز منشق نہیں ہوا تھا (دیکھو شکل ۱۴۰)۔ ہمارے علم کی موجودہ حالت میں سرسری طریقہ کے ذریعہ سے انبوبی حمل سے اس حالت کی تفریق تشخیص کرنا غیر ممکن ہے، لیکن بیضی وحمل (ovarian molar pregnancy) کے وہ مناظر جو برہنہ آنکھ سے دکھائی دیتے ہیں مندرجہ ذیل خصائص کی وجہ سے ایک امتیازی خصوصیت رکھتے ہیں:-

(۱) طبعی غلوپی نلی۔ (ب) طبعی ماسا ریفائے میض۔ (ج) بیضی ساخت کی ایک مختلف الجسامت کلاہ جو (د) وحملہ کے اوپر واقع ہوتی ہے۔ مؤخر الذکر تارک آلوچی رنگت کا ایک دوسرہ ہوتا ہے جس کی دیواریں صاف اور ہموار ہوتی ہیں۔ (س) ایک تجوہیف (sulcus) یا واضح خط فاصل جو (ج) اور (د) کے درمیان ہوتا ہے۔ اس تجوہیف کی وجود سے بیضی حمل نرخی بیضی دوسرے سے تیز کیا جاسکتا ہے۔

ہمارا خیال ہے کہ یہ خصائص دورانِ عملیہ میں بیضی وحمل کی تشخیص کرنے کے لئے کافی مہینہ ہیں، لیکن یہ ضروری ہے کہ بعد میں اس کی تصدیق سلوی خلات کے وجود کے نتیجہاتی ثبوت سے کرنی جائے۔ اور یہی آخری ثبوت صرف وہ طریقہ ہے جس سے منشق بیضی حمل کی تصدیق کی جاسکتی ہے۔

انبوبی حمل

(TUBAL PREGNANCY)

بحث اسباب۔ غلوپی نلی میں بارور بیضہ کی تنصیب قلیل الوقوع نہیں۔ اس میں یہ محض اتفاقی طور پر ہی عمل میں آتی ہے۔ اس کے اسباب معقد بہت سی میکانیکی حالتوں پر مشتمل ہیں جو نلیوں سے تعلق رکھتی ہیں، اور بعض ارباب سند بارور بیضہ کی خلاف قاعدہ حالتوں کو انبوبی حمل کے اسباب میں شامل سمجھتے ہیں۔ یہ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ جب تک بارور بیضہ نلی میں رہتا ہے

“Two Cases of Primary Ovarian Pregnancy” (With a review of the literature 1910-1927) (by Cuthbert Lockyer, M.D.), Proc. Roy. Soc. (Obst. Sect.), vol. x, pp, 160-162, 1917.

شعاعی منطقہ (zona radiata) (شفاف منطقہ: zona pellucida) کے مصنون رہنے سے یہ اس محل میں منتصب ہونے سے باز رہتا ہے اور اس منطقہ کے قبل از وقت غائب ہو جانے سے

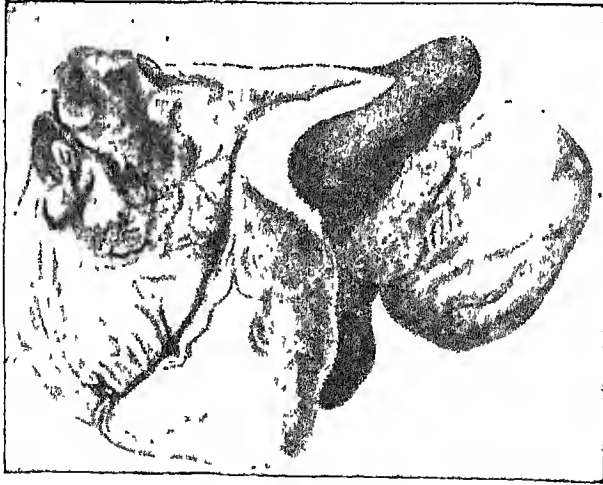


شکل ۱۴۲۔ یہ شکل بیض کے قشرہ کی انصالی بافت کے خلیوں کا ریڑی تعامل ظاہر کرتی ہے۔ بیضی محل کے ایک واقعہ سے۔ (گلائز اور لاکٹیر۔)

بیضہ کی فوری تنصیب کو مدد ملتی ہے۔ طبعی طور پر بیضی خلیہ منشق گرافنی جراب سے رحم کی طرف گذرنا ہوائی میں بارور ہوتا ہے۔ اور جب یہ رحم میں پہنچتا ہے تو شفاف منطقہ بروں اوامہ کے بیج پاش خاصہ کی وجہ سے غائب ہو جاتا ہے۔ اور بیضہ اپنے غذائی ناہض (trophoblast) کے ذریعہ سے مادری بانٹوں میں گھٹنا شروع کر دیتا ہے۔ اور اگر کسی تاخیر کی وجہ سے شفاف منطقہ بیضہ کے رحم تک پہنچنے سے پہلے ہی غائب ہو جائے تو بیضہ کی بے عمل تنصیب کا

احتمال ہوتا ہے۔ حجم تک اس کے دیر سے پہنچنے کے مندرجہ ذیل وجوہ ہو سکتے ہیں۔ (۱) بیضہ کی خارجی سیر (۲) نلی کا تنگ ہونا۔ (۳) نلی کے درونہ میں کسی رکاوٹ کی موجودگی۔

اُن حالتوں میں سے جو بارور بیضہ کے نلی میں سے گزرنے میں تاخیر پیدا کرتی ہیں، نلی کا سابق التهاب اہم ترین ہے جو لحاظ اصل اکثر اوقات شائد سوزاکی ہوتا ہے اگرچہ یہ ثابت کرنا مشکل ہوتا ہے۔ جس باب میں التهاب انجوبہ پر بحث کی جائے گی اس میں یہ بتایا جائے گا کہ ابداب اور سر حملہ غائب ہو جاتے ہیں، مخاطیہ منورم ہو جاتا ہے اور نئیات منضم ہو جاتے ہیں، چنانچہ نلی کا درونہ منضم نئیات اور کاذب جراثیمات کے سحرانہ نما تو دوس کی موجودگی سے تنگ اور بہت



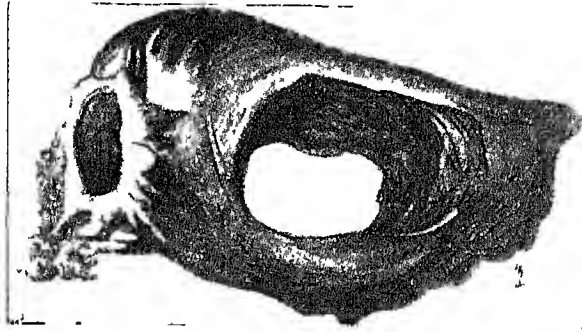
شکل ۱۳۳۔ نلی کی دیوار میں انجوبی وحمہ (tubal mole) جو قبل از حمل مزمن التهاب انجوبہ کا محل بنتی۔

پیچیدہ ہو جاتا ہے۔ بعد ازاں عضلیہ (muscularis) میں سر حملی طاقے اور عقیقے بن جاتے ہیں اور نلی کے تنگی (kinking) سے درونہ میں بعض اوقات فوٹل پیدا ہو جاتے ہیں جن سے اس کے تسد میں اور اضافہ ہو جاتا ہے۔ لہذا یہ صاف ظاہر ہے کہ التهاب نلی کے طبعی عمل کو جس کی وجہ سے بیضہ کہہ کر حجم میں منتقل ہوتا ہے یا تو (۱) ابداب کے تباہ کرنے اور یا (۲) میکائی رکاوٹیں بننا

تثنی یا طاقیہ یا عطفیہ پیدا کرنے سے نقصان پہنچا سکتا ہے۔ ریبسا، مینوڈٹز (Rabinovitz) نے ۱۴ مریضوں کا امتحان کرنے سے یہ نتیجہ اخذ کیا ہے کہ نئی کاسوزا کی التهاب مکرر الوقوع انہوبی حمل کا عام ترین سبب ہے۔ وہ اس نظریہ پر زور دیتا ہے کہ مخاطیہ کے تغیرات ایسی نلیوں میں موجود ہو سکتے ہیں جو خالی آٹکھ سے طبی معلوم ہوتی ہوں، چنانچہ انہوبی حمل کو دور کرنے کے بعد حسب طرف، تغایل کی نئی جو طبی نظر آتی ہے، اعلیٰ محلہ چھوڑ دیجاتی۔ ہے، تو بعض اوقات ایسا ہوتا ہے کہ غشاء مخاطی کے مترقی التهابی تغیرات کی وجہ سے یہ نلی دوسرے انہوبی حمل کا محل بن جاتی ہے۔ یہی معنیست اس امر کی طرف بھی توجہ دلاتا ہے کہ انہوبی حمل کے واقعات میں اکثر اوقات دوسری نلی میں استسقاءے انہوبہ (hydrosalpinx)، تفتیح انہوبہ (pyosalpinx)، یا انہوبی اجستسقاء الدم (hematosalpinx) پایا جاتا ہے۔ ڈوسرٹن (Dührssen) نے مینٹیس مریضوں میں سے چوبیس میں سابق الوجود مرض کے نشانات پائے، اور اس کا یہ خیال ہے کہ ان کا سبب اکثر مریضوں میں سوزاک تھا۔ ہمارے مریضوں میں سے ایک میں تفتیح انہوبہ کی دیوار میں وجہ (mole) تھا (دیکھو شکل ۱۴۳)، اور اس دیوار میں پرانی زخمی دہازت پائی جاتی تھی جو مزمن التهاب انہوبہ کی روڈ کے عین مطابق تھی۔ پرسیمن (Prusmann) نے اٹھائیس حاملہ نلیوں میں سے بیس میں نلیوں کے ان حصوں میں جو بیضہ کے محل تنصیب سے بعید تھے مخاطیہ کے شکستوں کے درمیان انضمام پائے۔

کہنہ حوضی التهاب باریطیوں سے نلی میں تثنی (kink) پیدا ہو جاتا ہے اور اس کے عضلی انقباضات میں خلل آ جاتا ہے، جس سے بارور بیضہ متنبس ہو جاتا ہے۔ اس امر کی عملی توضیح کہ انہوبی حمل کے اسباب میں التهابی تغیرات بیشتر حصہ لیتے ہیں ان امور سے ہوتی ہے کہ عظیم الولاد عورتوں میں انہوبی حمل نادر الوقوع ہوتا ہے اور عقم کے طویل عرصہ کے بعد یہ اکثر دیکھنے میں آتا ہے اور یہ اس حالت میں واقع ہوتا ہے جبکہ ضخیمہ جات کی کسی سرائت کے وقوع کا پہلے سے سریری طور پر مظاہرہ کیا جا چکا ہو۔ انہوبی حمل کے اسباب پر حال ہی میں متوفی لیٹھ فرسے (Leith Murray) نے مزید غور کیا تھا۔ فرے اس نظریہ کی بہت پر زور تائید کرتا ہے کہ التهاب حوض

بے محل حمل کا نہایت کثیر النوع اور اہم سبب ہے۔ التہابی ضرر یا تو تناسلی خطہ میں پیدا ہو سکتا ہے یا یہ ابتدائی طور پر زائدہ دودید کو متلازم ہوتا ہے۔ نتیجہ مرنے کے بعد، واقعات کی تحقیقات کی ہے ان میں تیس (۳۱ فی صدی) میں زائدہ دودید کے بیرونی طبقات میں فعال التہابی مطروح کی شہادت موجود تھیں۔ اس مصنف کے تمام اصابات میں سے ۳۶ فی صدی میں عوض کے التہابی عارضہ کی



شکل ۴۴-۱۔ حاملہ نلی۔ اس تصویر میں متسع دہنہ دکھائی دیتا ہے جس میں سے بیضہ باہر نکلا ہے۔ دیواریں جو مشتق ہو گئی ہیں اس قدر تلی تھیں کہ تقریباً شفاف تھیں، یہ حالت خلقی ناقص نکلون کا نتیجہ تھی۔

موجودگی کے واضح ثبوت موجود تھے اور ۶۷٪ فیصدی میں قلتِ باروری موجود تھی۔ بہر کیف یہ امر بالکل یقینی ہے کہ درودہ انوبہ میں باروری بیضہ کی تاخیر کے دوسرے اسباب بھی ہیں جو التہابی الاصل اسباب کے علاوہ ہیں، مثلاً انوی اغلاط۔ ممکن ہے کہ بیضہ کسی اعور مستزاد نلی میں چلا جائے اور وہاں مدفون ہو جائے۔ کہا جاتا ہے کہ نلیوں کی خلعتی کمی نکلون جو ایک ایسی حالت ہے جس میں نلیاں پٹنی اور پچھیدہ ہوتی ہیں انوبی حمل کی مساعدت کرتی ہے۔ یہ خیال کیا جاتا ہے کہ نلی کی پٹنی دیواروں میں (فتیاضی) قوتِ کم ہوتی ہے جو بیضہ کو رحم کی طرف دھکیلنے کے لئے غالباً ضروری ہوتی ہے۔ اور جو پچھیدگی موجود ہوتی ہے اس کے متعلق یہ خیال ہے کہ یہ ایک حقیقی رکاوٹ پیدا کر دیتی ہے جو بیضہ کو کم از کم اتنی دیر تک ٹھہرائے رکھتی ہے کہ اس کا

غذائی مائض (trophoblast) پیدا ہو جاتا ہے (شکل ۱۴۴)۔

خلافت قاعدہ محلات میں حمل۔ دور کردہ نلی کے ٹنڈ میں، یارحم کے فوق مہلی بتر کے بعد جو نلی چھوڑ دی گئی ہو اور باندھ دی گئی ہو اس میں اور نلی کے اس ٹنڈ میں جو مہلی ندبہ کے زاویہ میں باندھ دی گئی ہو حمل واقع ہو چکا ہے۔

223

خلاصہ۔ یہ ظاہر ہے کہ انبوی حمل ایک سے زائد اسباب سے پیدا ہوتا ہے۔ اس کی نوعیت ہمیشہ اتفاقی ہوتی ہے۔ سابق الذکر میکافی حالتوں میں سے جو بیضہ نلی میں سے گزرنے میں محض ہوتی ہیں کوئی نہ کوئی اغلب سبب معدوم معلوم ہوتی ہے، لیکن یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ مزمن انبوی التهاب انبوی حمل کی تمام مثالوں میں یقینی طور پر موجود نہیں ہوتا۔ مگر جب یہ موجود ہوتا ہے تو اس واقعہ کی ممکن ترین توجیہ اسی سے ہو جاتی ہے۔

انبوی حمل کی نشتر سنج۔ انبوی حمل سے رحم اور ماؤف فلوی نیوں میں نمایاں تغیر کا ایک سلسلہ جاری ہو جاتا ہے۔ تغیرات رحم ایک ہی طرح کے ہوتے ہیں اور ہمیشہ پائے جاتے ہیں اور نلی کے تغیرات محل بیضہ کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ رحم میں ہمیشہ کسی قدر کلانی پائی جاتی ہے اور اس کی دیواروں اور غنم میں نرمی موجود ہوتی ہے۔ یہ دونوں تغیرات سریریائی طور پر

شناخت کئے جاسکتے ہیں، گو فم خارجی کے لبوں کی نرمی اتنی زیادہ نہیں ہوتی جتنی کہ رحمی حمل میں ہوتی ہے۔ دروں رحمہ ریزی بنی غشا میں مکمل طور پر تبدیل ہو جاتا ہے، اور طبی رحمی حمل کے صادق ریزی نہ (decidua vera) سے تمیز نہیں

کیا جاسکتا (دیکھو شکل ۱۴۵)۔ ویبستر (Webster) نے اس تغیر کو رحم کے

ریزی بنی نسائل (decidual

reaction) کے نام سے موسوم کیا

ہے۔ ماؤف نلی میں تغیرات زیادہ تر

بیضہ کے قرب و جوار تک ہی محدود رہتے ہیں، اور دور کے حصوں میں پرہنہ آکھ سے قطعاً کوئی تغیر



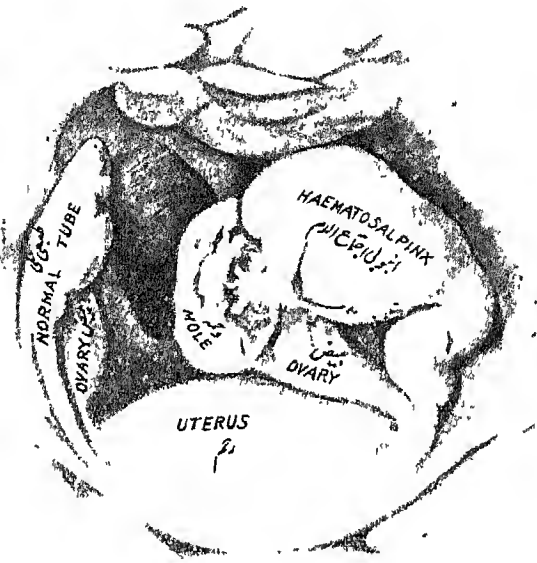
شکل ۱۴۵۔ ریزی بنی سیمیک (decidual cast) جو

انبوی حمل کے ایک اصناف سے لیا گیا ہے۔

شناخت نہیں کیا جاسکتا۔ نلی کا وہ حصہ جس میں بیضہ بند ہوتا ہے عام طور پر چمکی تاجہ (gestation sac) کہلاتا ہے۔

بارور بیضہ سب سے زیادہ کثرت کے ساتھ نلی کے انتفاخ میں اقامت پذیر ہوتا ہے (دیکھو شکل ۱۴۶ اور ۱۴۹ ص ۹)؛ تنگنائے میں اس کی اقامت قلیل الوقوع ہے (دیکھو شکل ۱۵۰)۔

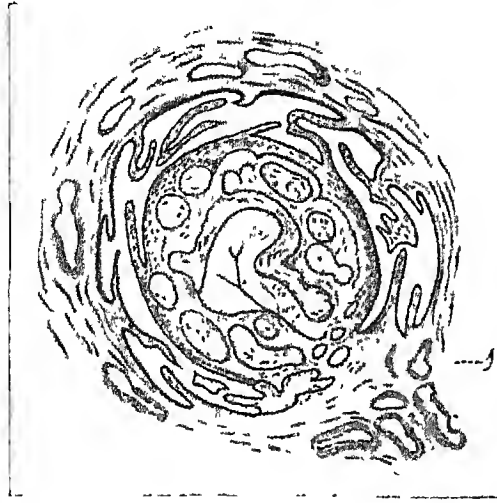
224



شکل ۱۴۶۔ انہونی استقلاط معہ انہونی اجتماع الدم (بلم)۔ بیضہ جو وجہ (مول) میں تبدیل ہو گیا تھا نلی میں سے خارج ہو گیا ہے، اور اس کا انتفاخ خون سے متدد ہے۔ حاملہ نلی حوض کے بائیں منخرل ربع میں واقع ہے، اور قرن رحم سے ایک سانچہ کے ذریعہ سے پیوستہ ہے۔

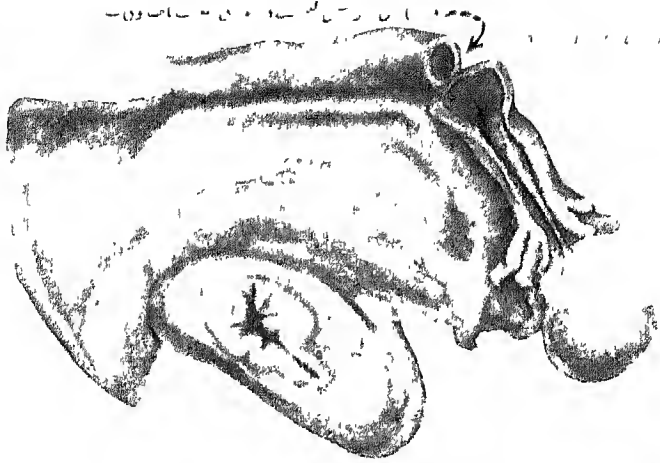
اور رخی حصہ میں نہایت ہی نادر الوقوع ہے۔ شکل ۱۴۷ کو دیکھنے سے یہ صاف ظاہر ہوتا ہے کہ جب بارور بیضہ نلی میں اقامت پذیر ہوتا ہے تو یہ مادری باقت میں بہت کچھ اسی طرح مدفون ہو جاتا ہے جس طرح یہ جچی حمل میں ہوتا ہے۔ (اور بس گہرائی تک یہ اتر جاتا ہے وہ مختلف ہوتی ہے۔ چپ سانچہ

بعض اوقات بیضہ مخاطیہ کے سین نیچے ہی منتصب ہو جاتا ہے، یعنی موخر الذکر اور عضلہ کے درمیان، اور زیادہ کثرت کے ساتھ بیضلیہ ہی میں نقب لگاتا ہے (دیکھو شکل ۱۴۸)۔ ہر ایک حالت میں بیضہ دروند سے باہر یعنی ملی کی دیوار میں نمودار ہوتا ہے جس کی بانٹوں سے حملی تاجہ طیار ہوتا ہے۔



شکل ۱۴۸۔ ٹینکل بیضہ کی سطحی تنصیب کو ظاہر کرتی ہے، یعنی بیضہ ملی کے مخاطیہ کے نیچے منتصب ہے۔ ملی کا دروند بیضہ کے بیشتر حصہ کو محصور کئے ہوئے ہے۔ اس حالت میں حملی تاجہ یا کیبہ صرف غشائے مخاطی سے مرکب ہے۔ تاجہ میں موائے اس تنگ مقام کے جہاں یہ ماسا ریتھائے انبوبہ (۱) کے بالمقابل ملی کی دیوار سے چسپیدہ ہے اور کسی جگہ عضلہ کا مظاہر نہیں کیا جاسکا۔ ملی کی دیوار میں بیضہ کے منتصب ہونے کا یہ طریقہ اس کے رحم میں طبعی طور پر منتصب ہونے سے قریبی مشابہت رکھتا ہے۔

درجہ اول میں بیضہ کی تنصیب گہری نہیں ہوتی۔ اور یہ غشائے مخاطی سے آگے گھس کر عضلہ میں کبھی نہیں پہنچتا۔ بلکہ حقیقت یہ ہے کہ یہ مخاطیہ میں بھی بہت گہرا نہیں گھستا۔ لہذا نامی مضغہ تقریباً پہلے ہی سے کوہقہ رحم کی طرف ایک کیبک نما مریہ کی شکل میں ابھر رہا ہوتا ہے۔ ملی میں بیضہ کی تنصیب جتنی سطحی ہوگی اتنی ہی انبوبی محل کی ممانکت رحمی محل کے ساتھ زیادہ نمایاں ہوگی۔ شکل ۱۴۹ اسے یہ ظاہر ہوتا ہے



غیر مکمل انجوبی استقاط۔ نلی کا انتفاخی حصہ کھول دیا گیا ہے تاکہ مشیمہ کا مکمل دکھائی دے جس کے ساتھ جملہ بڑی چسپیدہ ہے۔
 مؤخر الذکر خارج شدہ سلوی تاجہ (amniotic sac) کو مشیمہ سے ملائی ہے۔ تیرا اس مقام کو نکال کر تاکہ جہالت
 و دتراش لی گئی ہے جو شکل ۱۴ میں دکھائی گئی ہے۔



شکل ۱۴۸۔ پیزش جو داخلی کسی نرف کے تھاج کو بالوضاحت ظاہر کرتی ہے ایک حاملہ
 غلوپی نی میں سے لی گئی ہے (وائٹ رچ ویمس)۔ بیضہ نی کے درونہ میں نکل آیا ہے۔
 تصویر کی دائیں جانب وہ مقام دکھایا گیا ہے جہاں یہ نی کی دیوار میں مدفون محسوس
 سخ۔ شلات جو نی کی دیوار میں گہرے گھس گئے ہیں۔ سخ۔ خون کا فوہکا جیو ہے
 سلوی خلات (chorionic villi) کی تراشیں دکھائی دیتی ہیں۔ اس تو دو کے مرنی
 حصہ میں ایک بے فائدہ فضا ہے جو امینائی تاجسہ کو ظاہر کرتی ہے۔

بیضہ نلی کے درونہ کی طرف محض مخاطیہ ہی سے محصور ہے، اور موخر الذکر جی حمل کے کیسی ریزینہ (decidua capsularis) کا متناظر ہے۔ اس نمونہ میں بیضہ کی تنصیب کا محل نلی کے فرش میں ہے، اور یہ ماسا ربقائے انوبہ کی چسپیدگی کا متناظر ہے۔ یہ اس ریزینہ کا متناظر ہے جو جی حمل میں قاعدی ریزینہ (decidua basalis) کے نام سے موسوم ہے۔ بہر کیف اس امر کی طرف اشارہ کر دینا ضروری ہے کہ نلی میں جامد ریزینہ (decidua compacta) کبھی طیار نہیں ہوتا۔ اور نلی کی غلیموں کا صرف کسی قدر ریزینی تغائل (decidual reaction) ہی دیکھنے میں آتا ہے۔ اصلی ریزینہ کی عدم موجودگی کی وجہ یہ ہے کہ انوبی سر محلہ میں پہلی غلیموں کی قلت ہوتی ہے، اور یہ جسم رحم کے درون رحمہ کے مقابلہ میں بہت تپلی استری غشا کی شکل میں پائے جاتے ہیں۔ جب بارور بیضہ نلی کی عضلی بافت میں گھس جاتا ہے (دیکھو شکل ۱۴۸) تو حملی تاجہ کا تمام محیط عضلی دیوار ہی سے نبتا ہے اور جی حمل کے ساتھ اس کو جو نہایت قریبی مماثلت ہوتی ہے وہ زائل ہو جاتی ہے۔

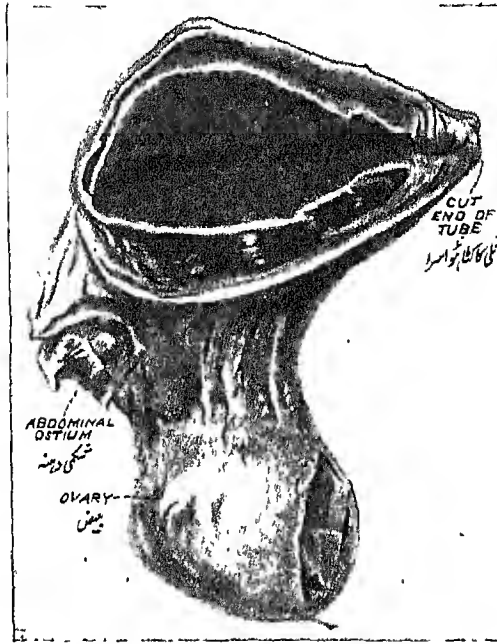
226

جب مضغہ بڑھتا ہے تو اس کا غذائی ناہض (trophoblast) مادری بافتوں کو تباہ کر دیتا ہے، اور مادری عروقی خون میں لاسنہ بنا لیتا ہے۔ چنانچہ حملی تاجہ میں نزف واقع ہو جاتا ہے جس سے یہ کمزور مقام پر پھٹ جاتا ہے۔ بیشتر مریضوں میں حملی تاجہ درونہ کی طرف سب سے زیادہ پتلا ہوتا ہے، لہذا نزف کا درونہ میں واقع ہونا ایک عام ترین حادثہ ہے۔ اس حادثہ کو داخلی انبوبی نزف (internal tubal haemorrhage) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ اس سے کم کثرت کے ساتھ حملی تاجہ باہر کی جانب پھٹتا ہے، یعنی یا تو یہ باریطوں کو نشتر کر دیتا ہے، اور یا یہ رباط عریض کی تہوں کے درمیان پھٹتا ہے۔ اس کو خارجی انبوبی نزف (external tubal haemorrhage) کا نام دیا گیا ہے۔

جب بیضہ انتفاخی حصہ میں اقامت پذیر ہوتا ہے تو شکمی دہنہ دوسرے مہینے (اچھ مہینہ) کے اختتام سے پیشتر تقریباً ہمیشہ سدود ہو جاتا ہے۔ اور جب بیضہ تنگنائے یارختی حصہ میں ہوتا ہے تو شکمی دہنہ بند نہیں ہوتا۔ (دیکھو شکل ۱۴۹ و ۱۵۰) دہنہ کی حالت جیسا کہ آئندہ معلوم ہو گا ایک اہم سریری پہلو رکھتی ہے۔

فلوپی نلی میں یہ استعداد یقیناً موجود نہیں کہ نامی بیضہ کے ساتھ ساتھ بڑھتی جائے۔ شاذ ترین امثلہ کے علاوہ یہ بیضہ کے لئے گنجائش پیدا کرنے میں ناکام رہتی ہے۔ مگر یہ خیال کیا جاتا ہے کہ غیر نشتر فلوپی نلی میں حمل کے مکمل یا تقریباً مکمل میعاد تک پہنچنے کی حقیقی مثالیں مندرج ہیں۔

اگر حمل اس انتہا کو نہ پہنچے تو بیضہ یا تو تباہ ہو جاتا ہے، اور یا یہ اپنے اس تنگ ماحول سے آزاد ہو کر



شکل ۱۴۹۔ انبوبی وحمہ (tubal mole) علیٰ معمول۔ اسے نلی میں طولی شکافت
دیگر متکشف کیا گیا ہے (چیز رنگ کو اس باسیپٹل میوزیم)۔ یہ وحمہ نلی کے انتہائی
حصہ کے اندرونی نصف میں واقع ہے۔ شکلی دہنہ منقطع ہے۔

227

مساعد صورت حالات کے زیر اثر بڑھنا شروع ہو جاتا ہے۔
پس یہ ظاہر ہے کہ انبوبی حمل بالعموم مندرجہ ذیل دو صورتوں میں سے کسی ایک پر
ختم ہو سکتا ہے :-

۱۔ داخلی انبوبی نزوف۔

۲۔ خارجی انبوبی نزوف۔

ان ضررات سے انجام کار دوسرے ضررات پیدا ہوتے ہیں جن کو مختصر آیوں بیان کیا جاسکتا ہے۔

۱۔ داخلی انہونی نرّف کا انجام مندرجہ ذیل حالتوں کے پیدا ہونے پر ہوتا ہے۔

(ا) انہونی رحمہ (Tubal Mole)۔

(ب) انہونی اسقاط (Tubal Abortion)۔

(ج) گردانہونی قبیلہ دمویہ (Peritubal Haematocoele)۔

(د) پس رحمی (Retro-uterine) یا حوضی قیسلہ دمویہ (Pelvic

- Haematocoele)

۲۔ خارجی انہونی نرّف کا انجام مندرجہ ذیل حالتوں کے پیدا ہونے پر ہوتا ہے۔

(ا) نزدانہونی قبیلہ دمویہ (Paratubal Haematocoele)۔

(ب) انہوبہ کا ازخود انشقاق جو مندرجہ ذیل شکلیں اختیار کر سکتا ہے۔

(۱) دروں باریطونی انشقاق جس کے ساتھ کہنہ شکم میں نرّف

بھی واقع ہوتا ہے۔ اس سے یا تو بوجہ نرّف موت واقع ہو جاتی

ہے اور یا مندرجہ ذیل صورتیں پیدا ہو جاتی ہیں۔

(ا) پس رحمی یا حوضی قبیلہ دمویہ معہ ہلاکت جنین۔

(ب) ثانوی انہونی شکمی حمل۔

(ج) ثانوی شکمی حمل۔

(۲) دروں باریطونی انشقاق۔

(ا) جس میں جنین ہلاک ہو جاتا ہے اور رابطہ عریض میں

قبیلہ دمویہ بن جاتا ہے۔

(ب) جس میں جنین زندہ رہتا ہے (دروں رابطی حمل)۔

اس کی دوسری قسمیں ہیں۔

(۱) مقدم۔

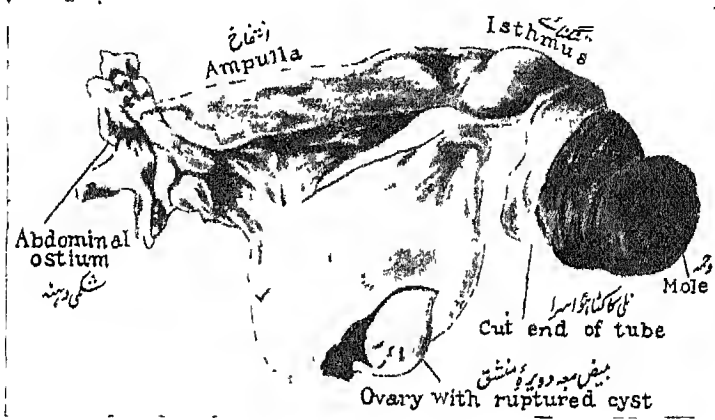
(۲) مؤخر۔

۱۔ داخلی انہونی نرّف۔ داخلی انہونی نرّف کے واقع ہونے سے انہونی حمل مندرجہ

طریقوں میں سے کسی ایک پر مختتم ہو سکتا ہے۔ (۱) انبوی وحمہ (tubal mole) کا تکون۔
(۲) انبوی اسقاط۔ (۳) اگر وانبوی قبیلہ دمویہ کا تکون۔ (۴) پس رجحی یا حوضی قبیلہ دمویہ کا تکون۔

228

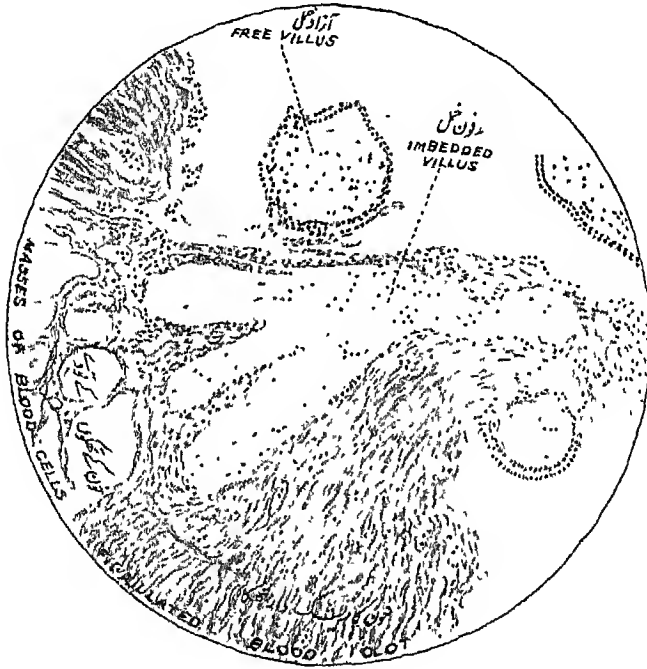
(۱) انبوی وحمہ۔ انبوی حل کا یہ انجسام مادری عروقی خون کے اشتقاق کی وجہ سے



شکل ۱۵۰۔ چار سے پانچ مہینہ تک کا انبوی حل۔ نلی کی تنگنائے میں اشتقاق واقع ہوا ہے اور وحمہ (mole) باہر نکل آیا ہے۔ شکلی دہنہ منفعت ہے اور انتفاخی حصہ میں کوئی تغیر واقع نہیں ہوا۔

ہوتا ہے جو سلوی خلات کی متکثر غذائی ناہمضی پوشش کے عمل آکل سے پیدا ہوتا ہے۔ چنانچہ خون بیضی بہنا شروع ہو جاتا ہے جو ہمیشہ متند ہو کر حل تاجہ میں سے نلی کے درونہ میں سمیٹ جاتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ایک وحمہ (mole) بن جاتا ہے جو خون کے تھکے مضغہ کے باقی ماندہ حصوں اور سلوی خلات کے ٹکڑوں پر مشتمل ہوتا ہے اور ان تمام سے ایک ٹھوس تودہ تیار ہو جاتا ہے جو نلی کے درونہ میں پڑا رہتا ہے اور اسے متند کر دیتا ہے۔ بیضی کی تنصیب کی اصلی جگہ نلی کی دیوار کے عضلی نظام میں خلات کے موجود ہونے سے میر ہو تی ہے۔ انبوی وحمہ کے بننے کا طریقہ شکل ۱۴۷ اور ۱۴۸ میں بخوبی واضح کیا گیا ہے۔ یہ دونوں شکلیں حاملہ فلوپی نلی کی مستعرض تراش کو ظاہر کرتی ہیں جو

تنصیب بیضہ کے مقام پر لی گئی ہے۔ شکل ۱۴۸ میں نلی کے درونہ میں خون کا ایک بیضوی شکل کا تھکا موجود ہے جو نلی کی دیوار سے مکمل طور پر علیحدہ ہو چکا ہے، اور بے قاعدہ شکل کا کہہ جوا نلیانی تاجہ (amniotic sac) کو ظاہر کرتا ہے کسی قدر خارج مرکز مقام پر دکھائی دیتا ہے۔ نزفہ کا اثر صاف طور پر یہی ہوا ہے کہ اس سے سلی (chorion) ٹوٹ گیا ہے جو اس ابتدائی زمانہ میں خلیات



شکل ۱۵۱۔ انجیولوجی سے حاصل شدہ سلوی خلیات۔ کلاں مدفون خلی کی سرحدی پوشش غائب ہو گئی ہے، اور اسکے ہیکل میں بہت کم نواتات موجود ہیں۔ آزاد خلیات کا سرحدی باقی ہے اور یہ خلیات کی دو قطاروں پر مشتمل ہے۔ تصویر کے بالائی حصہ میں بائیں بجا پر کٹکنہ الخلیاتی پنچور (syncytial buds) کی تراشیں دکھائی دیتی ہیں۔

بتامہ پوشیدہ ہوتا ہے۔ کسی ایک علیحدہ شدہ خلیات کی تراشیں بیضہ کے ارد گرد کے خون کے تھکے میں

دکھائی دیتی ہیں، اور چند خلات بھی تنگ بیضہ سے چپکے ہوئے بھی ہیں اور چند نلی کی دیوار میں مدفون ہیں، اور بیضہ سے مکمل طور پر علیحدہ دکھائی دیتے ہیں۔ نلی کی دیوار تصویری کی دائیں طرف کے علاوہ جہاں سلوی خلات تقریباً باریطونی پوشش تنگ گھس گئے ہیں اور عضلی دیوار ٹوٹ گئی ہے، کچھ زیادہ پتلی نہیں۔ یہ رقبہ اس مقام کے محل کو ظاہر کرتا ہے جہاں بیضہ کی ابتدا و تنصیب ہوئی تھی۔ انجوبی مخاطبیہ کے شاندار نشانات کے بقیہ حصے بھی دکھائی دیتے ہیں جو نلی کی دیوار کے مقابل چپے ہو گئے ہیں۔ ان سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ بیضہ نلی کے انتفاخی حصہ میں اقامت پذیر رہا ہے۔ شکل ۱۳۹ میں ایک علی محملہ انجوبی وحمہ کا وہ منظر دکھایا گیا ہے جو برہنہ آنکھ سے دکھائی دیتا ہے یہ وحمہ طولانی تراش سے کھول دیا گیا ہے۔ شکل ۱۴۰ میں وحمہ نلی کی دیوار سے فرش کے نسبتہ ٹھوڑے سے رقبہ کے ذریعہ چسپیدہ دکھائی دیتا ہے۔ شکل ۱۴۱ میں سلوی خلات نلی کی دیوار میں دوڑ تک گھس گئے ہیں۔

انجوبی وحمہ کی تشریح جلی کا مطالعہ فلوی نلی کو علیحدہ کرنے کے فوراً بعد پانی کے نیچے اس کی تقطیع کرنے سے شاید بہترین طور پر کیا جاسکتا ہے۔ ایسے نمونہ میں وحمہ کے گرد اگر دوار کے ورائی کے درونہ کا پتہ چلانا ہمیشہ ممکن ہوتا ہے، اور وحمہ نلی کی دیوار کے کچھ حصہ کے ساتھ جس کا قطر ۱/۲ انچ سے کبھی زیادہ نہیں ہوتا ایک تنگ قاعدہ یا ساقیہ سے چسپیدہ ہوتا ہے۔ بیضہ کی ابتدا و تنصیب کا یہی مقام ہوتا ہے، اور یہ بالعموم نلی کے فرش پر اور ہمیشہ وحمہ کے قریبی سرے پر واقع ہوتا ہے۔ انجوبی وحمہ کی شکل و صورت خون کے نیکے پر نلی کی دیواروں کا دباؤ پڑنے کا نتیجہ ہوتی ہے، اور طولی لمبی شکلوں کے نشانات اس پر اکثر دیکھنے میں آتے ہیں (دیکھو شکل ۱۵۲)۔ جب انجوبی اسقاط واقع ہوتا ہے تو ساقیہ یا چسپیدہ تنگ قاعدہ نلی کی حرکات دروہ کے فعل سے جو جسم غریب کو خارج کرنے کی کوشش کرتا ہے، ٹوٹ کر علیحدہ ہو جاتا ہے۔ اس طرح مزید جریان خون واقع ہوتا ہے، اور شکمی دہنہ سے خون بہنا شروع ہو جاتا ہے۔ وحمہ کے بائچہ کی سطح پر انجوبی سرطہ کے نشانات پائے جاتے ہیں، مگر بعدی قطب پر یہ موجود نہیں ہوتا۔ اس امر کا تفسیر یہ کہ آیا دروں انجوبی اشتقاق واقع ہوگا یا بروں انجوبی غالباً ناگل بافت اور انجوبی دیوار کی

تغیدگی کے مجموعی اثر پر بلا واسطہ منحصر ہوتا ہے اور یہ صورت حالات بیضہ کی ابتدائی تنصیب کے نلی کے انفخ یا تنگنائے یا مین خشکی حصہ میں واقع ہونے پر ہوتی ہے۔ انبوبی حمل میں نلی

حمل کی نسبت وحمہ بہت

کثرت سے واقع ہوتا ہے

جس کی وجہ شائد یہ ہے کہ

قبل الذکر میں بیضہ کے

انقباضات زیادہ غیر محفوظ حالت

میں ہوتے ہیں۔ وحمہ کے ٹکون

کے ساتھ غیر محفوظ شکی دہنہ

سے بالعموم کم ویش نزف

بھی واقع ہوتا ہے۔ اس

عمل سے بیضہ یقینی طور پر

نباہ ہو جاتا ہے۔ چھوٹے

چھوٹے وحمہ شائد نلی میں محسوس

رہ سکتے ہیں اور جذب ہو کر

بندینج ختم ہو جاتے ہیں۔ ان

بڑے وحمہ انبوبی انشقاق یا

استقاط کے ذریعہ سے بالعموم

خارج ہو جاتے ہیں۔ نلی میں

محسوس وحمہ کا تفتیح نادر الوقوع

ہے اور یہ غالباً صرف کسی



شکل ۱۵۲۔ اس انبوبی وحمہ کو علیحدہ کرنے کے بعد فوراً ہی اس کی تقطیع کر لی گئی تھی۔ (ا) بیضہ کی چسپیدگی کے مقام کو نشانہ کرنا ہے۔ (ب) پر وہ تنجا و لیف دکھائی دیتے ہیں جو انبوبی تنجائیہ کی طوی ٹنگنوں سے پیدا ہوئے ہیں۔ (ج) وحمہ کے آزاد بعد کی سرے کو ظاہر کرتا ہے (وائٹ ہوس)۔

قسم کی سرانٹ، مثلاً عفونت، سوزاک، یا سرانٹ امعاء کے نتیجہ کے طور پر واقع ہو سکتا ہے۔

انبوبی حمل کے مریضوں پر عملیہ کرتے وقت وحمہ کہہنے باریطون میں اس خون میں پڑا ہوا پایا جاتا ہے جو انشقاق یا استقاط سے انقباض پاتا ہے۔ یہ بالعموم خون کے تھکے کے مشابہ ہوتا ہے اور مکن ہے کہ جب تک اسے احتیاط سے تلاش نہ کیا جائے یہ نظر ہی نہ آئے۔ چھوٹے چھوٹے

وجہ تقریباً گلوبیچہ نما ہوتے ہیں (دیکھو صفحہ ۹، صفحہ 220) اور بڑے جموں کی شکل تقریباً بیضی ہوتی ہے اور یہ خون کے تھکے سے زیادہ وزنی اور زیادہ محکم ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۱۳۹)۔ تراش پر اکثر اوقات ان میں انبیانی تاجہ (amniotic sac) کے بقیہ حصے دکھائی دیتے ہیں، اور خردین سے امتحان کرنے پر ان میں سلوی خلات پائے جاتے ہیں جو منجھ خون میں مدفون ہوتے ہیں۔ مضغہ شاذ و نادر ہی ملتا ہے۔ اور جب کبھی یہ ملتا ہے تو اس میں اکثر اوقات نوی نقائص پائے جاتے ہیں جو انہی نقائص کے مشابہ ہوتے ہیں جو کہ ہفہ رحم سے بعض اسقاط یافتہ بیضوں میں موجود ہوتے ہیں۔ اس امر سے یہ خیال پیدا ہوتا ہے کہ غیر طبعی بیضہ بے محل حمل (ectopic gestation) کے اسباب میں سے ایک سبب ہو سکتا ہے۔ ایک اور دعویٰ بھی بلاشبہ انتہائی قابل تسلیم ہے، اور وہ یہ ہے کہ مضغہ کا غیر طبعی بنو بیضہ کے ناموافق ماحول میں منتصب ہونے کا نتیجہ ہوتا ہے جس سے اس کے تغذیہ میں نقص آ جاتا ہے۔

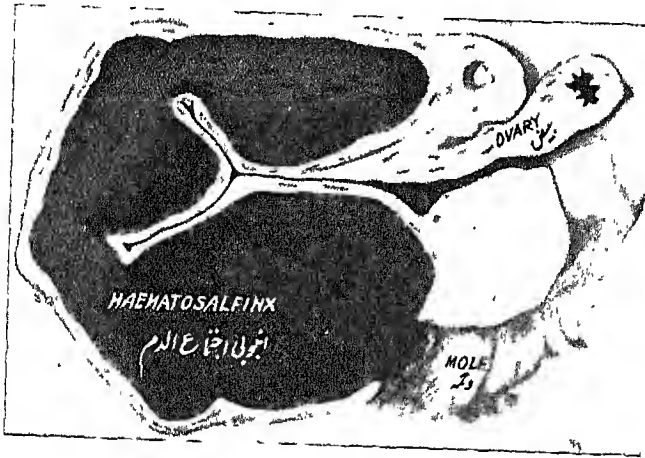
ان حالات میں سلوی خلات کا شناخت کرنا کسی قدر سرسری اہمیت رکھتا ہے۔ جیسا کہ شکل ۱۵۱ میں ظاہر کیا گیا ہے بعض خلات آزاد ہیں اور بعض خون کے تھکے میں مدفون ہیں۔ قبل الذکر مرحلہ سے پوشیدہ ہیں، اور یہ صاف طور پر شناخت کیا جاسکتا ہے کہ یہ مرحلہ سلوی ہے، کیونکہ یہ دو تھوس مرکب ہے جن میں سے ایک تہ بیرونی ہے جو نواتار بلازموڈیم (plasmodium) یا کتلتلہ انخزایا (syncytium) پر مشتمل ہے، اور ایک اندرونی جو قصیر القامت ٹیلیوں کی واحد قطار (بیکریٹس کی تہ) سے مرکب ہے۔ موخر الذکر کا مرحلہ تقریباً بالکل غائب ہو چکا ہے، اور تمام خلات کے ہیکل میں معتدبہ اخطا رونما ہو گیا ہے اور یہ بے ساخت معلوم ہوتا ہے۔ بیضہ کے تباہ ہو جانے کے بعد مرحلہ کی حیویت ہیکل کی حیویت کے مقابلہ میں زیادہ دیر تک قائم رہتی ہے۔ اور اس فرق کی یہ وجہ ہے کہ قبل الذکر کو غذا طبعی طور پر مادری خون سے براہ راست پہنچتی ہے جس کے ساتھ یہ ہمیشہ متماس رہتا ہے، اور موخر الذکر کو غذا طبعاً جنینی عروق شریب سے ملتی ہے۔ لہذا مرحلہ اس منصب خون سے جو وجہ میں موجود ہوتا ہے غذا حاصل کر سکتا ہے، اور اس طرح زندہ رہ سکتا ہے، مگر ہیکل جو اپنے ماتعہ غذا سے دفعۃً منقطع ہو جاتا ہے مضغہ کے ساتھ ہی تباہ ہو جاتا ہے۔ مرحلہ کے زندہ رہنے کی وجہ سے وجہ کے بننے کے کئی ہفتہ بعد تک خلات شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ خلات کے ارد گرد خون کا تھکا دیکھنے میں آتا ہے جس میں مختلف مدارج کا انقباض پایا جاتا ہے، یعنی اس میں لیفینی شبکہ کی مقدار اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ بعض اوقات حالیہ انہونی وجہ میں ایسے خلات پائے جاتے ہیں

جو بالکل تازہ دکھائی دیتے ہیں۔

(۲) انبوی اسقاط اکثر اوقات انفجاری حمل (ampullary pregnancy)

میں اُس اثنا میں واقع ہوتا ہے جب کہ شکمی دہنہ منفتح رہتا ہے، یعنی یہ حمل کے پہلے دو ماہ میں وقوع میں آتا ہے۔ یہ خیال کیا جاتا ہے کہ انبوی حمل کی اس قسم میں اسقاط انفجاری کی نسبت زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ مگر برزخی اور زحیٰ قسم میں اسقاط کی نسبت انفجاری زیادہ کثرت سے واقع ہوتا ہے۔

281



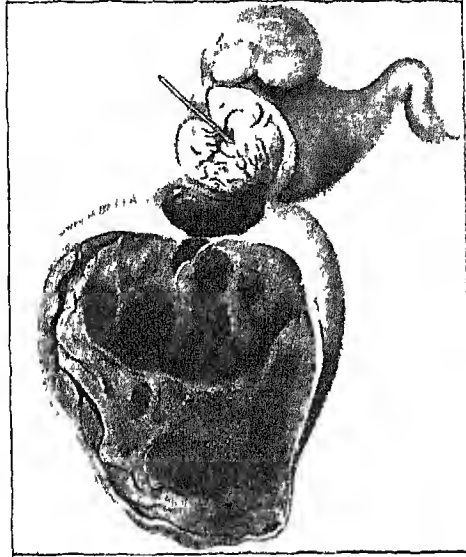
شکل ۱۵۲۔ انبوی حمل جس کا اختتام اسقاط پر ہوا ہے۔ انبوی وحمہ شکمی دہنہ میں سے کسی حد تک باہر نکلا ہوا دکھائی دیتا ہے۔ مزین التهاب انبویہ کی وجہ سے نلی مفلت ہو گئی ہے، اور اسکی دیواریں دبڑ ہو گئی ہیں۔ اس کا روناہ منتسح ہے اور خون سے چڑ ہے۔

مؤخر الذکر قسم میں انبوی اسقاط رحمی دہنہ (uterine ostium) کے راستہ سے بیضہ کے کہفہ رحم میں خارج ہونے پر مشتمل ہوتا ہے۔ اسقاط یافتہ انبوی بیضہ پہلے قاعدہ وحمہ میں تبدیل ہو جاتا ہے لیکن ایسا ہمیشہ نہیں ہوتا۔ شکل ۱۵۱ میں عمل اسقاط دکھائی دیتا ہے۔ اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ وحمہ قسح شکمی دہنہ سے جزوی طور پر خارج ہو چکا ہے اسقاط پیدا ہونے کا سب سے

بڑا سبب یقیناً نلی کے غیر متناظر حصوں کا عضلی انقباض ہے۔ یہ عمل ایک وضع حمل ہی ہے جو بہت چھوٹے پیمانہ پر ہوتا ہے اور جس میں ایک درجہ انشاع کا اور اسکے بعد ایک درجہ اخراج کا ہوتا ہے اور اسکے بعد ایک درجہ بازکشی کا آتا ہے۔ رحم اور فلوپی نیلیوں کی وحدت نمونہ بلاشبہ مذکورہ تعلیاتی حالت کی توجیہ کرتی ہے۔ نلی کے انقباضات شاید بیضہ میں نرف کے واقع ہونے سے جس سے نلی دفعۃً متع ہو جاتی ہے مکسو ساتھ تحریک پاتے ہیں۔ بیضہ کا اخراج یا تو مکمل ہوتا ہے اور یا غیر مکمل۔ موراؤ ذکر میں بیضہ یا نونا کا فی منسح شکی دہنہ میں جموس ہو کر رہ جاتا ہے اور یا اس کا کچھ حصہ اس کے مینٹیر حصہ کے خارج ہوجانے کے بعد اسکے ابتدائی محل تنصیب کے ساتھ چسپیدہ رہتا ہے۔ جو حالت اسے رجمی اسقاط کے ساتھ ہے وہ یہاں بھی عیاں ہے۔ انہی اسقاط کے ساتھ بعض اوقات شدید داخلی نرف واقع ہوتا ہے جو شدت میں الشفاق سے پیدا شدہ نرف کے برابر ہوتا ہے۔ جب یہ اسقاط مکمل ہوتا ہے تو اس کا نتیجہ جہاں تک بیضہ کا تعلق ہے، یہ ہوتا ہے کہ بیضہ ہمیشہ تنہا ہوجاتا ہے۔ بیضہ کے خارج ہونے کے بعد نلی میں بالعموم معتد بہ انشاع موجود رہتا ہے (دیکھو شکل ۱۵۳) مگر یہ خیال کیا جاتا ہے کہ اس میں جلد ہی بازکشی واقع ہوجاتی ہے اور یہ اپنی طبعی شکل اور اپنا طبعی قطر یہ اعتبار کر لیتی ہے اور خالی آنکھ سے اسکے حال ہی میں حاملہ ہونے کا کوئی نشان اس میں شناخت نہیں کیا جاسکتا۔ سر بریاتی تشخیص سے انہی اسقاط کو انہی الشفاق سے تیز کرنا غیر ممکن ہے جبکہ شدید دروں بارہی نرف واقع ہوا ہو۔

(۳) گردانہی قیلہ دمویہ (Peritubal Haematocoele)۔ پہلے نرف کے ساتھ بیضہ کا اسقاط شاذ و نادر ہی واقع ہوتا ہے اور یہ تمام عمل بعض اوقات کئی دن بلکہ کئی ہفتے لیتا ہے۔ پہلے پیل خون و ہنہ سے مخصوصی خصوصی مقدار میں خارج ہوتا ہے اور چونکہ یہ متخثر بافت کے ٹکڑوں سے آمیختہ ہوتا ہے اس لئے یہ بعض اوقات و ہنہ کے ارد گرد جم جاتا ہے اور جذب نہیں ہوتا۔ اس حالت میں رو بہ کی بیرونی تہیں متعصبی ہو کر لیفی بافت میں تبدیل ہوجاتی ہیں۔ نلی کے متفع اور بھاردار سرے کے گرد اس طرح ایک کیسہ بندھکا جاتا ہے جو نلی کے اندر متوالی نرف کے واقع ہونے کی وجہ سے دباؤ میں زیادتی ہونے کے باعث بڑھتا جاتا ہے جس کو ہینڈلے (Handley) نے خوں سر کی دباؤ (haemodynamic pressure) کے نام سے موسوم کیا ہے۔ اس طرح جو تو دہلیا ہوتا ہے اسے گردانہی قیلہ دمویہ کے نام سے تعبیر کیا گیا ہے۔ شکل ۱۵۴ میں قیلہ دمویہ کی گردانہی قیلہ قسم کی ایک عجزہ مثال دکھائی گئی ہے۔ نلی کو، منفتح و ہنہ کو ظاہر کرنے کے لئے جس میں ایک

سخت بال گذار دیا گیا ہے، کیسہ کاذب سے، جو اس کے جھالدار سرے کو گھیر رہے ہوئے تھا، جزوی تقطیع کے ذریعہ سے علیحدہ کر دیا گیا ہے۔ نلی کا انتفاخی حصہ جو محلِ حمل تھا قسح دکھائی دیتا ہے، اور تنگنائے طبعی دکھائی دیتی ہے۔
گردانہ بونی دموی قیلہ جات سخت اور واضح السجد و سلعوں کی شکل کے ہوتے ہیں، اور



شکل ۱۵۴۔ گردانہ بونی قیلہ دمویہ (Peritubal Hematocoele)۔ نلی کا دہنہ قیلہ دمویہ سے بذریعہ تقطیع علیحدہ کر دیا گیا ہے، اور نلی کے منفذ جھالدار سرے میں ایک ونڈا داخل کر دیا گیا ہے۔

ارد گرد کی ہانتوں سے ان کے منضم ہونے کا زیادہ احتمال ہوتا ہے جب سریری روڈاد غیر واضح ہوتی ہے تو ان کو الٹھانی الاصل انہونی بیضی تو دے تشخیص کیا جاسکتا ہے، یا زیادہ شاذ طور پر یہ رحم اور بیض کے ٹھوس سلما ت بھی تشخیص کئے جاسکتے ہیں۔

(۴) پس رحمی یا حوضی قیلہ دمویہ (Retro-uterine or Pelvic Hematocoele)

(دیکھو صفحہ ۹ - ب)۔ گردانہ بونی قیلہ دمویہ کی نسبت منتشر حوضی بائیں رحمی

قبیلہ دمویہ کانکون کہیں زیادہ کثیرالوقوع ہے۔ نرث اس کثرت سے واقع ہوتا ہے کہ خون جم نہیں سکتا، اور تلی کے دہنہ کے گرد کیسہ طیار نہیں ہو سکتا۔ لہذا خون ڈنگس کی جیب میں بہ جاتا ہے اور اسے پُر کر دیتا ہے۔ اس طرح جو تھکا طیار ہوتا ہے وہ بیچے کی طرف ڈنگس کی جیب کے فرش سے اور سامنے کی طرف رحم اور عریض رباطات سے محدود ہوتا ہے، اور اوپر کی طرف یہ ایک غمغمائے کاؤب اور امعاء کی منظم گندلیوں اور نرث کے ذریعہ سے دیگر ساختوں سے منقطع ہو جاتا ہے۔ ان حالتوں میں انفصامات بعض اوقات اس قدر کثیف ہوتے ہیں کہ یہ کسی دیرہ کے کیسہ کے مشابہ دکھائی دیتے ہیں۔ خون کے اس قسم کے کیسہ بند نوہ میں بیضہ وجمہ (mole) کی شکل میں موجود ہوتا ہے، اور یا یہ محل اخراج پر بھی جمبوس پایا جاتا ہے (دیکھو شکل ۱۵۳)۔

۲۔ خارجی انبوی نرث۔ انبوی محل کا دوسرا ممکنہ انجم نام تاجیہ حمل (gestation-sac) کا انشقاق ہے جو تلی کے اندر کی طرف نہیں بلکہ باہر کی طرف واقع ہوتا ہے۔ 233 ان حالتوں میں عضلی دیوار جس سے کہ تاجیہ حمل طیار ہوتا ہے غذائی ناہض (trophoblast) کے مکمل فعل سے انتہی تپلی ہو جاتی ہے کہ منشق ہو جاتی ہے، اور یہ انشقاق یا تو (ا) تلی کے باریطونی طبقہ سے گذر کر شکمی کہفہ میں کھل جاتا ہے، اور یا (ب) تلی کے ناپوشیدہ فرش میں سے ہوتا ہو، رباط عریض میں کھلتا ہے۔ (ا) اور (ب) دونوں حالتوں میں یہ کہا جاتا ہے کہ خارجی انبوی نرث (external tubal haemorrhage) واقع ہوا ہے۔ حالت (ا) کا ذکر دروں باریطونی انشقاق (intra-peritoneal rupture) کے نام سے کیا جاتا ہے اور حالت (ب) دروں رباطی انشقاق (intra-ligamentary rupture) کے نام سے تعبیر کی جاتی ہے۔

دروں باریطونی انشقاق کی حالت میں ایک وقت ایسا آتا ہے جبکہ عضلہ اور باریطون دونوں متماثل ہو جاتے ہیں، اور بیضہ کے خارجی حدود و محض غذائی ناہض اور بیضتی یافت پر مشتمل ہوتے ہیں۔ اس حالت میں باہر کی طرف ایک چاک کا دفعہ نمودار ہونا ممکن ہوتا ہے جس سے شدید نرث واقع ہوتا ہے۔ چنانچہ اس طرح وہ حالت پیدا ہوتی ہے جو خود در و انبوی انشقاق (spontaneous tubal rupture) کے نام سے موسوم ہے۔ زیادہ شاذ طور پر ادھر ادھر خلاات باہر نکلے ہوئے دکھائی دیتے ہیں جو محض خون کے ٹھکے سے ڈھکے ہوتے ہیں، اور یہ تھکار ساؤ کے چھوٹے چھوٹے مقامات پر واقع ہوتا ہے جو اس سے ہر طرف سے

مصور ہوتے ہیں۔ اس کا نام مخفی الشقاق (latent rupture) ہے، اور اس سے نزد انبوبی قبیلہ دمویہ (paratubal haematocoele) بنتا ہے۔
(۱) نزد انبوبی قبیلہ دمویہ۔ بیضہ کے گرد اگر مختلف مقامات پر رساؤ پیدا ہو سکتا ہے۔ اور اس طرح جو تھکا طیار ہوتا ہے اس کے بتدریج بڑھنے سے ایک واضح اور مہجر قبیلہ دمویہ ہے۔



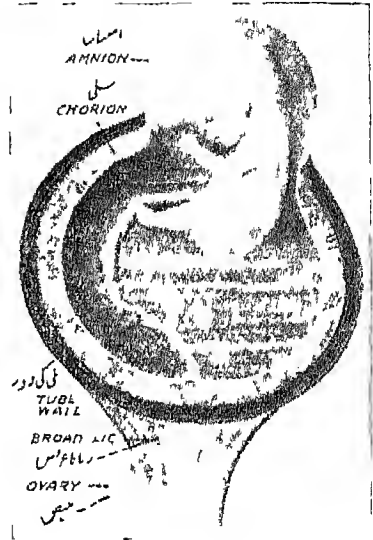
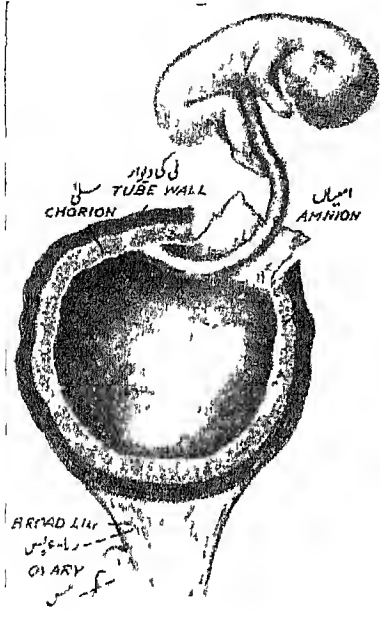
شکل ۱۵۵۔ نزد انبوبی قبیلہ دمویہ (Paratubal Haematocoele) رساؤ کے مقام کے ارد گرد نلی کی تنگنائی اور اس کے انتفاخی حصہ کے مقام اتصال پر ایک کاذب کیسہ بن گیا ہے۔ اوپر کی تصویر خون کے اُس تھکے کی ہے جو کاذب کیسہ کے الشقاق سے پہلے اس میں موجود تھا۔

اسی طرح طیار ہو جاتا ہے جس طرح یہ انبوبی استقاط میں طیار ہوتا ہوا دیکھا جا چکا ہے۔ اس حالت میں ایک کاذب کیسہ بن جاتا ہے چونکہ اس حصہ کو محصور کر لیتا ہے جس میں رساؤ کا مقام یا اس کے مقامات واقع ہوتے ہیں۔ چونکہ نلی کے محیط کا صرف ایک ہی حصہ دوبرہ بند تھکے سے محصور ہوتا ہے اس لئے قبیلہ دمویہ کی اس قسم کو نزد انبوبی (paratubal) کی اصطلاح سے تعبیر کیا گیا ہے۔ شکل ۱۵۵ میں

یہ حالت دکھائی دیتی ہے۔ کیسہ کاذب منشق ہو چکا ہے، اور اس کے مشمولات اوپر کی تصویر میں دکھائی دیتے ہیں۔ الشقاق انتفاخ کی داخلی جانب پر نلی کے تنگ حصہ میں واقع ہوا ہے۔

284

(ب) خودرو انبوی الشقاق (Spontaneous Tubal Rupture)۔



شکل ۱۵۱۔ نلی کا دروں باریطونی الشقاق
(ارتسامی توضیح کا لڑکے کے مطابق)۔ سلی اور
امیان دونوں پھٹ گئے ہیں۔ اور جنین حملی
تاجہ سے باہر نکل گیا ہے۔ سلی کے مشیمی حصہ کو
ضرر پہنچ گیا ہے۔ جنین ہلاک ہو جانے کا۔

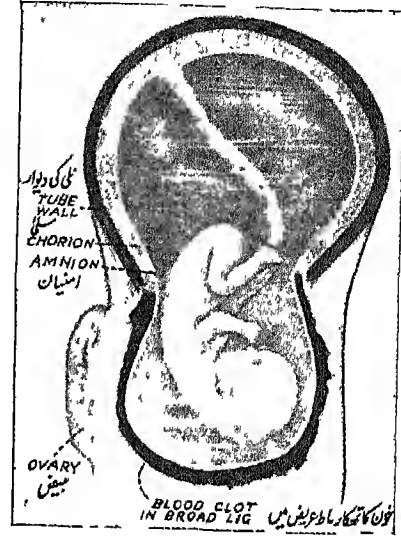
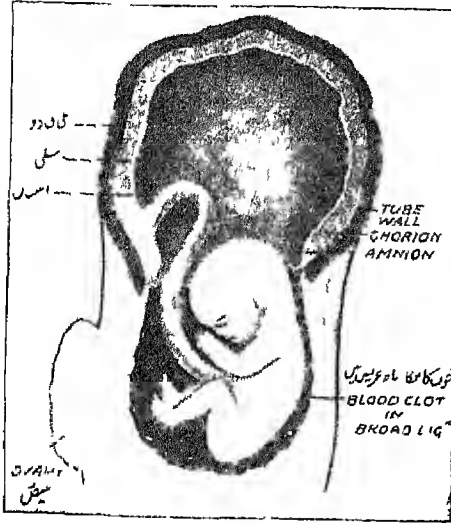
شکل ۱۵۲۔ نلی کا دروں باریطونی الشقاق
(ارتسامی توضیح کا لڑکے کے مطابق)۔ سلی
(chorion) پھٹ گیا ہے، مگر امیان
(amnion) سالم ہے، اور جنین اس کے اندر
ہے۔ سلی کے مشیمی حصہ کو کوئی ضرر نہیں پہنچا۔
جنین زندہ رہ سکتا ہے۔

بارورمضیہ خواہ نلی کے کسی حصہ میں بھی مدفون ہو خودرو انشقاق کے واقع ہونے کا امکان موجود ہوتا ہے
نلی کی تنگ جگہ اور اس کے خشکی حصے میں انتفاخی حصہ کی نسبت انشقاق کے جلد پیدا ہونے کا احتمال

ہوتا ہے کیونکہ نلی کا دروند انتفاخ پر نلی کی تنگنائی اور اس کے زخمی حصہ کی نسبت زیادہ وسیع اور زیادہ انساع پذیر ہوتا ہے۔ انشقاق سب سے زیادہ کثرت کے ساتھ آٹھویں اور دسویں ہفتہ کے درمیان واقع ہوتا ہے، مگر یہ اس سے پہلے اور اس کے بعد بھی واقع ہو سکتا ہے۔ انشقاق کی معتدہ حالتوں، یعنی انساع سے نلی کی دیوار کے نیلا ہوجانے، اور خلات کے مکمل فعل کا بیان پہلے کیا جا چکا ہے۔ ان کے علاوہ اکثر مثالوں میں ایک محرک سبب بھی موجود ہوتا ہے، جیسا کہ نرف کی وجہ سے بیضہ کی جسامت کا دفعہ بڑھ جانا یا مریضہ کی کسی عضلی جہد سے وعائی تنش کا کسی قدر زیادہ ہوجانا کبھی کبھی خلات کا صرف فعل مکمل ہی نلی کی دیوار کے خودرو انقباض کا محرک ہوتا ہے۔ شغلی دہنہ کی مسدودیت اسباب انشقاق کا لازمی جزو نہیں، کیونکہ یہ حادثہ انتفاخی قسم تک میں بھی اکثر اس کے بغیر ہی رونما ہوتا ہے (دیکھو شکل ۲۴ ص ۲۲۲)۔ نلی کے متدد حصہ کی دیوار ہر مقام پر پھٹ سکتی ہے۔

جہاں تک بیضہ کی زندگی کا تعلق ہے انشقاق کے نتیجہ کا انحصار زیادہ تر چاک کے محل پر ہوتا ہے۔ اگر یہ نلی کی چھت یا اس کے اطراف پر ہو گا تو اس سے باریطونی غلاف بھی ماؤت ہو جائے گا، اور انقباض یافتہ خون عمومی کہنہ باریطون میں بہ نکلے گا، اور ممکن ہے کہ بیضہ چاک سے مکمل طور پر خارج ہو جائے (دیکھو شکل ۱۵۶ و ۱۵۷)۔ اگر غلاف اس کے انشقاق نلی کے قرش پر واقع ہو تو یہ ممکن ہے کہ باریطونی طبقہ دریدگی سے بچ جائے۔ اس حالت میں انقباض یافتہ خون اور خارج شدہ بیضہ دونوں رباط عریض کی تہوں کے درمیان چلے جائیں گے، اور ان باریطونی شکنوں کو بند ریج کھول کر اس رباط کی اتصالی بافت میں راستہ بنالیں گے (دیکھو شکل ۱۵۸ و ۱۵۹)۔ اس قسم کا انشقاق بہت نادر الوقوع ہے، اور زیادہ تر تنگنائی سے کے حل کی مثالوں میں پایا جاتا ہے، کیونکہ نلی کے اس حصہ کی زیرین دیوار انتفاخ کی نسبت باریطون سے کم مکمل طور پر محصور ہوتی ہے۔ قبل الذکر قسم جیسا کہ پہلے ذکر کیا جا چکا ہے دروں باریطونی (intra-peritoneal) انشقاق کے نام سے موسوم ہے اور موثر الذکر دروں رباطی (intra-ligamentary) یا بروں باریطونی (extra-peritoneal) کہلاتی ہے۔ ان دونوں اقسام میں بیضہ سائلہ نرف سے قاعدہ ہلاک ہوجاتا ہے اور رحمہ میں تبدیل ہوجاتا ہے۔ نرف کے علاوہ کبھی مندرجہ ذیل حالات میں بیضہ کی ہلاکت ناکزیر ہوتی ہے۔ (۱) اگر انبیاں مشتق ہو جائے، یا (ب) سلی کا مشیمی حصہ انشقاق کی وجہ سے دریدہ یا علیحدہ ہو جائے (دیکھو شکل ۱۵۷ و ۱۵۹)۔ مگر کبھی کبھی بیضہ کا موجودگی رہنا ہے

اور ایسی مثالوں میں یہ مشاہدہ کیا جا چکا ہے کہ انبیان سالم رہا، اور سلی کا شیمی حصہ ایسے محل پر واقع تھا کہ اس کو انشقاق سے کوئی ضرر نہیں پہنچا (شکل ۱۵۶ و ۱۵۸)۔ دروں باریطونی انشقاق کی حالت میں شبیرہ بعد ازاں پڑھ کر نلی کے چاک سے باہر نکل جاتا ہے اور قرب وجوار کی باریطونی سطحوں

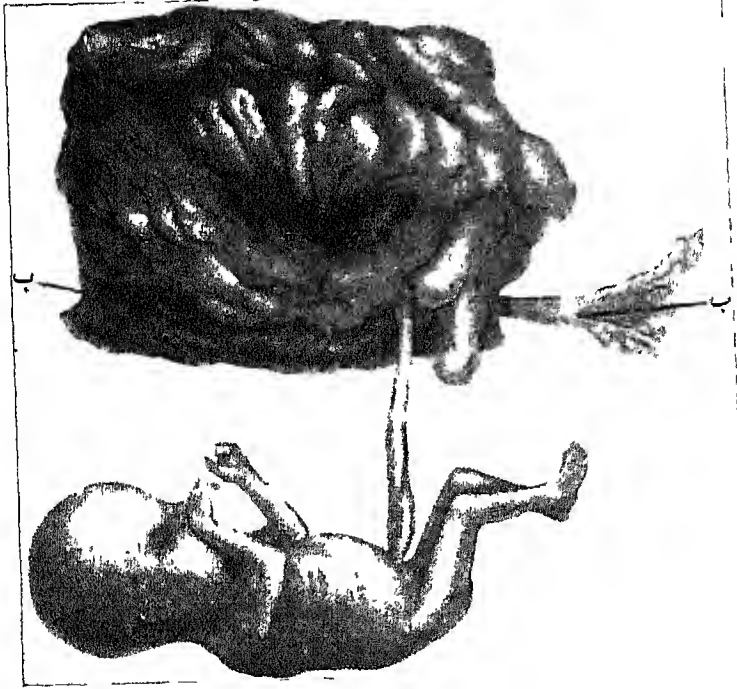


شکل ۱۵۹۔ نلی کا دروں رباطی انشقاق (ارتسامی تو فیص کا ٹوٹ کے مطابق)۔ سلی اور انبیان دونوں پھٹ گئے ہیں، اور سلی کے شیمی حصہ کو ضرر پہنچ گیا۔ جریان خون دروں رباطی ہے جس میں ہلاک ہو جائیگا۔

شکل ۱۵۸۔ نلی کا دروں رباطی انشقاق (ارتسامی تو فیص کا ٹوٹ کے مطابق)۔ انبیان اور سلی کے شیمی حصہ کو ضرر نہیں پہنچا۔ جنین زندہ رہ سکتا ہے۔

منظم ہو جاتا ہے، اور اس اثنا میں ارد گرد کے باریطون سے لف کی تہیں متکشف سلی پر مطروح ہو جاتا ہیں جن سے ایک کا ذب غشائیں جاتی ہے جس سے ایک تناوہی حملی تاجہ بن جاتا ہے (اینوئی شکلی حمل: tubo-abdominal gestation، دیکھو شکل ۱۶۲ صفحہ ۲۸۹)۔ اس تناوہی تاجہ کو قرب وجوار کی باریطونی سطحوں کے ساتھ انضمامات کے پیدا ہو جانے سے مزید تقویت پہنچتی ہے، جن میں ثرب (دیکھو شکل ۱۶۰ و ۱۶۱) امعاء کی گنڈیاں، اور جلد و رشک شامل ہوتے ہیں۔ اس بیضہ کو اس تناوہی شکلی (دروں باریطونی) حمل کے نام سے تعبیر کیا جاتا ہے۔ دروں باریطونی

انشقاق کے بعد بھی انہی وجوہ کی بنا پر یمنہ ایسے نتائج پیدا ہو سکتے ہیں، اور اس حالت کو ثانوی شکمی (دروں رباطی) حمل کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے (دیکھو شکل ۱۵۸ و ۱۶۲)۔ دروں رباطی حمل میں ثانوی انشقاق بھی واقع ہو سکتا ہے جو کہ بڑے باریطون میں کھلتا ہے (شکل ۱۶۲)۔ بایں ہمہ



شکل ۱۶۰۔ ثرب کا تودہ ثانوی حملی سماچہ کے گرد لپٹا ہوا ہے اور یہ سماچہ منشق فلوی نلی کے اوپر کی طرف واقع ہے۔ نلی میں سے ایک موٹا بال (ب - ب) گزاردیا گیا ہے۔ ابتدائی انشقاق کے بعد جنین کا نموسولہ ہفتہ تک جاری رہا (روحہ اور لاکیر)۔

بیضہ جملہ حالات میں تباہ نہیں ہوتا، اس کا سلسلہ حیات جاری رہتا ہے جیسا کہ دروں باریطونی حمل میں بھی ہوتا ہے (دیکھو شکل ۱۶۰ و ۱۶۳)۔

دروں باریطونی اور دروں رباطی دونوں حمل مقررہ ميعاوت تک برقرار رہ سکتے ہیں۔ اور اس کے بعد مريضہ کو ایک کاؤب وضع حمل ہوتا ہے، اور جنین ہلاک ہو جاتا ہے۔ اس کاؤب

وضع حمل کا وقوع ایک بہت دلچسپ اور اہم فعلیاتی مظہر ہے، لیکن اس طریقہ کے متعلق ہمیں کچھ علم نہیں جس سے جنین کی موت واقع ہوتی ہے۔ کاذب وضع حمل میں شدید درد شکم ہوتا ہے اور مریضہ اسے غلطی سے وضع حمل سمجھتی ہے، لیکن اس امر کی کوئی سرسری شہادت موجود نہیں کہ اس کی ابتدا کرنے میں رجمی انقباضات بھی کوئی حصہ لیتے ہیں۔

شنانوی شکمی حمل کی دروں باریطونی قسم میں سلی تاجہ ایسی غشا پر مشتمل ہوتا ہے جو بیشتر

237



شکل ۱۶۱۔ یہ وہی نمونہ ہے جو شکل ۱۶۰ میں دکھایا گیا ہے (روجنہ اور لاکئیر)۔ شنانوی
حلی تاجہ کو متکشف کرنے کے لئے جو ثرب میں اور غلوپی ٹی کے اوپر واقع ہے ثرب کو
پیچھے مٹا دیا گیا ہے۔ غلوپی ٹی کا انشقاق اس کی تنگنائے میں دکھائی دیتا ہے۔

انتہائی الاصل ہوتی ہے، اور ملف کی تہوں سے مرکب ہوتی ہے جو سلی پر مہر و ح ہوتی ہیں، اور اس

لف میں تعصیہ مختلف حدود تک پایا جاتا ہے۔ عشاءے مذکور اندر کی طرف انبیان سے اور باہر کی طرف شکمی دیواروں اور احشاء سے مضبوطی کے ساتھ چسپیدہ ہوتی ہے، اور یہ سنجیس اس کو سہارا دیتی ہیں اور زیادہ مضبوط بناتی ہیں۔ مشیمی رسد خون بیشتر منقسم ثرب اور ماساریقا سے حاصل ہوتی ہے۔ حمل کی اس قسم میں مشیمہ بالعموم جنین کے نیچے واقع ہوتا ہے۔

دروں رباطی قسم میں حملی تاجہ ان بانٹوں پر مشتمل ہوتا ہے جن سے رباط عریض مرکب ہوتا ہے، اور جوں جوں جنین بڑھتا ہے یہ بانٹیں پھیلتی جاتی ہیں۔ اس عمل سے حصوں کے نشیجی تعلقات میں بہت سے تغیرات واقع ہو جاتے ہیں۔ چنانچہ باریطون حوض سے اوپر اٹھ جاتا ہے، اور مقدم شکمی دیوار سے اتر جاتا ہے، اور اس لئے اس کا وہ انکاس جو رحمی مثانی جیب کے فرش کا متناظر ہوتا ہے بعض اوقات ناف سے بھی اوپر چلا جاتا ہے۔ اس حالت کو مقدم بروں باریطونی حمل (anterior extra-peritoneal pregnancy) کے نام سے تعبیر کیا گیا ہے۔ جب یہ حمل رحم کے نیچے موجود ہوتا ہے تو جنین اس تاجہ میں پایا جاتا ہے جو پہلے رباط عریض کی موخر تہ کے باریطون کے ارتقاع سے، اور پھر ٹنگس کی جیب کے فرش کے، اور حوض کی موخر دیوار کے باریطون کے ارتقاع سے بنتا ہے۔ انجام کار یہ بھی ممکن ہے کہ ماساریقائے امو (mesocæcum) یا ماساریقائے قولون سیئی (mesosigmoid) بھی اس نام نہاد موخر بروں باریطونی حمل (posterior extra-peritoneal pregnancy) سے کھل جائے۔ ان تغیرات کا ایک اتفاقی نتیجہ یہ ہے کہ مقدم حالتوں میں تاجہ کو شکمی شکاف سے کھد باریطون میں سے گزرنے کے بغیر کھولا جاسکتا ہے۔ اور موخر حالتوں میں جنین ایک باریطونی تاجہ میں پڑا ہوتا ہے جسے شکم کو کھولنے پر تقریباً اسی آسانی سے باہر نکالا جاسکتا ہے جس سے حامل رحم کو نکالا جاسکتا ہے۔

238

دروں رباطی حمل کی حالتوں میں مشیمہ اور جنین کا تعلق اہمیت رکھتا ہے۔ اس امر کا مشاہدہ کیا جا چکا ہے کہ مثانوی شکمی (دروں باریطونی) حمل میں جنین بالعموم مشیمہ کے اوپر پایا جاتا ہے۔ اور دروں رباطی قسم میں جنین بالعموم مشیمہ کے نیچے ہوتا ہے (دیکھو شکل ۱۶۲)۔ جنین کے نشو و نما سے مشیمہ بتدریج اوپر کی جانب کو اٹھتا جاتا ہے اور اس لئے یہ اپنے ابتدائی تعلقات سے منقطع ہو جاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جنین ہلاک ہو جاتا ہے۔ موخر بروں باریطونی حمل کے متعلق ایک اہم امر یہ ہے کہ حملی تاجہ کا مائے مستقیم سے ایک قریبی تعلق ہونے کی وجہ سے

قبل الذکر اکثر سرائت زود ہو جاتا ہے چنانچہ ایسا بھی ہوا ہے کہ اس قسم کے حمل میں قیغ واقع ہو گیا اور جنین کی ہڈیاں براستہ ممبر خارج ہوئیں۔



شکل ۱۶۲۔ دائیں جانب کا دروں رباطی حمل۔ رحم کی موڑ دیوار پر شکلات دیا گیا ہے اور اس میں جلی زرنہ علیٰ معلوم دکھائی دیتا ہے۔ جین کشمیر کے پیچھے اٹھنا اور جلی تاج کے ثانوی انشقاق میں سے گذر کر کفہء باریطون میں چلا گیا تھا۔ حمل سری رباط عریض کی تہ میں سے نکلتی ہوئی دکھائی دیتی ہے۔
پیشہ ہوئے رباط عریض کی چوٹی پر چوٹی کی ایک ٹانگہ بالائی نالی دکھائی گئی۔

صادق عریض رباطی حمل میں بیض اور اس کا رباط تاجہ کے باہر ہوں گے اور یہ یا تو اس کی موخر سطح پر یا اس کی چوٹی پر اور یا اس کی مقدم دیوار پر تنے ہونگے۔ ایسی حالت میں

حمل بیض کی تعیین ایک اہم امر ہے، کیونکہ اس حالت کے جو کاذب رباطی حمل (pseudo-ligamentary gestation) کے نام سے موسوم ہے اس حالت کے ساتھ خلط ملط ہو جانے



شکل ۱۶۳۔ انبوی شکمی حمل۔ ۱۔ نلی کا انتفاخ۔ ب۔ ابتدائی انبوی کلی تاجیہ۔
ج۔ جنین کا پاؤں کلی تاجیہ میں۔ بقیہ جنین کہفہ باریکوں میں جا چکا تھا۔

اور رباط عریض کی تہوں کے درمیان کا حمل کہلانے کا احتمال ہے۔ کاذب قسم میں جنین نلی کے انتفاخی حصہ میں موجود ہوتا ہے جو رباط عریض کی موخر سطح سے منضم ہو جاتا ہے، اور رباط عریض تاجیہ کے اوپر ٹوپی کی طرح تنہا ہوتا ہے۔ ان حالتوں میں بیض کلی تاجیہ کے سامنے اور اس کے اور رباط عریض کی موخر سطح کے درمیان واقع ہوتا ہے۔

زمانہائے قدیم و حال میں ایسی مثالیں درج کی جا چکی ہیں جن میں خارج الرحم فیروز اپنی

ہلاکت کے بعد کئی سال تک کہنہ مشکم میں مجبوس رہا۔ ان میں سے بعض مثالوں میں جلی تاجہ امعاء یا رحم سے سر اُٹت زود ہو کر منہ سے ہو گیا تھا جس کا نتیجہ یہ ہوا تھا کہ ناسوری راستہ بن گئے تھے جو یا تو باہر کی طرف اور یا قرب وجوار کے حجوف احتشاء مثلاً معائے کبیر مثانہ اور مہبل میں کھلتے تھے۔ ایسے ناسوروں میں سے وقتاً فوقتاً جنین کی ہڈیاں بھی خارج ہوتی ہیں۔ مگر جب تاجہ سر اُٹت سے محفوظ رہتا ہے تو جنین کا جسم سبالی اجزائے ترکیب کے انجذاب کی وجہ سے سکر جاتا ہے اور خشک شدہ بافتوں پر چونے کے نمک بکثرت مطروح ہو جاتے ہیں جن کی وجہ سے یہ متحجر جنین (lithopædion) میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ اس حالت میں یہ کئی ایک سال تک مجبوس رہتا ہے اور رضیہ کو کسی قسم کی کوئی تکلیف نہیں ہوتی۔

240

حمل متعدد (Multiple Pregnancy) اور بے محل حمل (Ectopic Gestation)

جہاں تک درجی حمل کا تعلق ہے حمل متعدد اسی حالتوں میں سے تقریباً ایک میں پایا جاتا ہے اور یہ کافی عام ہے۔ بخلاف اس کے خارج الرحم حمل کی حالت میں یہ نادر الوقوع ہے۔ جن واقعات کے متعلق اطلاع مل چکی ہے وہ تین عنوانات کے تحت مرتب کئے جاسکتے ہیں۔

۱۔ ہم زماں درجی اور بروں درجی حمل۔

۲۔ ایک ہی فلوپی ٹی میں حمل متعدد۔

۳۔ ہر ایک ٹی میں ہم زماں حمل۔ (۱) حمل متوالی کے واقعات۔ (ب) مزامن و بیضکی

حمل کے واقعات۔

گردہ اسی واقعات کی سب سے بڑی تعداد پائی جاتی ہے اور گروہ ۳ (ب) میں سب سے کم گویا مزامن و بیضکی حمل خارج الرحم حمل کی سب سے زیادہ نادر الوقوع قسم ہے۔

یہ پہلے بھی بیان کیا جا چکا ہے (دیکھو صفحہ 218) کہ ۱۹۷۱ء تک بیضی حمل کے کم از کم بیالیس مستند واقعات درج کئے گئے اور اسی زمانہ میں ایسے صرف اٹھائیس واقعات ہی مل سکے جن میں دونوں ٹیبوں میں مزامن حملوں کا وقوع ثابت کیا جاسکا۔ اس تعداد سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ موزن الذکر قسم تمام حملوں سے زیادہ نادر الوقوع ہے۔

حمل متعدد کی ایک عجیب و غریب مثال ایسٹروم کے ٹریوب (Treub) نے بیان کی ہے۔

اس میں حملی تاجہ میں پانچ جنین تھے۔ لیکن (McCann) کی ایک مریضہ میں ایک بیضی تو ام پائے گئے تھے جن کا مقام تنصیب ایک ہی تھا۔
دوجانبی انبوی حمل کی تشخیص۔ دونوں نلیوں میں مزاحمتوں کے استقرار کی سرپرستی تشخیص تقریباً ناممکن ہے، لیکن متوالی حملوں میں یعنی جبکہ ایک نلی دوسری نلی سے کافی عرصہ پہلے حاملہ ہوئی ہو، تشخیص ممکن ہوتی ہے۔ ایسے درد کے واضح حملے دیکھے جاسکے ہیں جو پہلے ایک طرف شروع ہوتے ہیں اور پھر دوسری طرف۔ لیکن عملیہ سے پہلے ابھی تک اس کی کبھی بھی صحیح تشخیص نہیں کی جاسکی۔ دورانِ غلیبہ میں شکافِ شکم میں سے دونوں اطراف پر انبوی ضرر کا مشاہدہ آسانی کیا جاسکتا ہے، مگر باوجود اس کے ضرر کی دوجانبی ماہیت نظر انداز کی جاسکتی ہے جس سے دوسرے غلیبہ کی ضرورت ہوتی ہے۔ لہذا جب خارج الرحم حمل کے لئے عملیہ سرانجام دیا جائے تو دونوں طرف کے زوائد کا امتحان کرنا ضروری ہوتا ہے۔

ایسی حالت میں بھی جبکہ دوسری طرف کی نلی حملی تاجہ کا مصل نہیں ہوتی اکثر اوقات اس میں انبوی اجتماع الدم (hæmatosalpinx) پایا جاتا ہے (ڈورین: Doran)۔ ایسے واقعات میں تقریبی تشخیص کا فیصلہ محض خوردبینی امتحان سے کیا جاسکتا ہے۔ دوجانبی انبوی حمل کے سلسلہ میں مشکل ترین تشخیصی مسئلہ حملوں کی مزاحمت کے سوال سے تعلق رکھتا ہے۔ لیکن یہ ایک علی نکتہ ہے جس پر یہاں بحث کرنا ضروری نہیں ہے۔

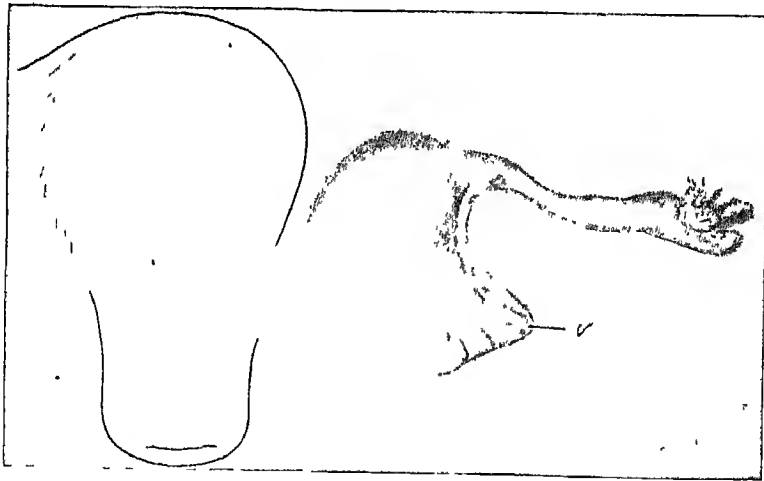
علاج۔ دوجانبی انبوی حمل کا امکان اس امر کی ایک دلیل ہے کہ حادثہ حملی حملہ کے دوران میں جراحی مداخلت جلد کرنا چاہئے۔ ایسے کئی ایک شدید واقعات کا اندراج کیا جاسکتا ہے جن میں محض ایک نلی منقطع ہوئی تھی، لیکن یہ بھی ممکن ہے کہ دوسری طرف بھی اتنا ہی خطرناک ضرر اسقاط کی شکل میں موجود ہو۔ یہ ایک حقیقت ہے کہ مریضہ کے لئے دوجانبی ضرر سے دوگنا خطرہ ہوتا ہے۔

اگر نلیوں کے ضررات انبوبہ برآری (salpingectomy) کے متقاضی ہوں تو یہ نظر ہے کہ بیضین کو بچالینا چاہئے۔ رحم کا استیصال نہ کرنا چاہئے تاوقتیکہ صورت حالات کے لحاظ سے

اس کی اشد ضرورت محسوس نہ ہو۔

و دو قرنی رحم کے مستزاد قرن میں حمل۔ یہ دلچسپ منظر غلطی سے بار بار انبوی حمل تصور کیا جا چکا ہے جس سے یہ مستدیر رباط کے تعلقات سے تیز کیا جاتا ہے جو دونوں حالتوں میں مختلف ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۱۶۴)۔ انبوی حمل کی حالت میں مستدیر رباط حملی تاجہ کی اندرونی طرف سے چسپیدہ ہوتا ہے، مگر قرنی حمل میں یہ تاجہ کی بیرونی طرف سے لگتا ہے۔

واقعات کی اکثریت میں وہ اتحادی بند جو ناقص النمو یا مستزاد قرن کو رحم سے ملاتا ہے ٹھوس ہوتا ہے۔ اس لئے حیوانات منویہ اس قرن میں براہ راست داخل نہیں ہو سکتے۔ ایسی حالتوں میں استغفار حمل کے لئے یہ ضروری ہوتا ہے کہ حیوان منویہ کہنہ باریطون میں ایک طرف سے دوسری طرف خارجی نقل مکان کرے۔ اس صورت میں جسم اصفر اسی طرف کے بیض

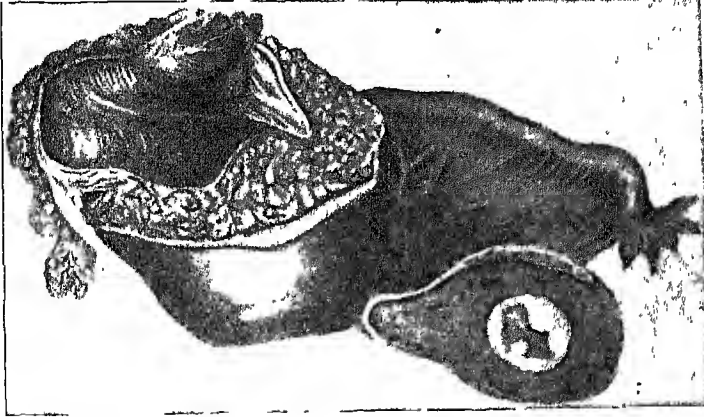


شکل ۱۶۴۔ مستزاد قرن جو بخوبی نو یافتہ رحم کی بائیں جانب سے چسپیدہ ہے۔ (ارتھی توضیح، رحم نکالا نہیں گیا تھا)۔
مستدیر رباط (اس) قرن کی بیرونی جانب سے لگتا ہوا دکھائی دیتا ہے۔ مستزاد قرن اور رحم کے ملحق کہنہ کے درمیان کوئی راستہ موجود نہیں۔

میں پایا جاتا ہے جس طرف حامل قرن ہوتا ہے جیسا کہ شکل ۱۶۵ میں ظاہر کیا گیا ہے۔ دوسری مثالوں میں جن میں جسم اصفر دوسری طرف کے بیض میں پایا جاتا ہے بیضہ کا خارجی نقل مکان اس کی باروری سے قبل یا اس کے بعد ضرور عمل میں آیا ہوگا۔ شکل ۱۶۵ میں مستزاد قرن کا

ایک عریض ساقچہ دکھائی دیتا ہے جو خردبینی تراش پر بے سوراخ پایا گیا۔ اکثر حالتوں میں یہ ساقچہ قلیل العرض اور طویل ہوتا ہے جس سے قرن ایک معتد بہ حد تک حرکت پذیر رہتا ہے۔

242



شکل ۱۶۵۔ دو قرنی رحم کے مستزاد قرن میں حمل۔ تاجچہ کے بالائی قطب پر انشقاق واقع ہوا ہے۔ مبيض میں جسم اصفر موجود ہے (ڈورین اور لاکٹیر)۔

حامل قرن کا انشقاق بالعموم اس کی بالائی اور اندرونی دیوار پر واقع ہوتا ہے، جو پہلے بتدریج پتلی ہوتی رہتی ہے (دیکھو شکل ۱۶۵) ناقص النمو قرن میں ریزرینہ نہیں بنتا (دیکھو شکل ۱۶۶) لہذا غذائی ماہض (trophoblast) کی قوت اکملہ عضلی ریشوں پر براہ راست عمل کرتی ہے جیسا کہ انبوی حمل میں بھی دیکھا گیا ہے جس میں کوئی ریزرینہ اس کا مانع نہیں ہوتا۔ اس طرح ریزی خلیہ کے اس اثر کی وضاحت بخوبی ہو جاتی ہے جو کتلہ الخلائی فعالیت (syncytial activity) کا اسناد کرنے میں بروئے کار آتا ہے۔ پیدائش انشقاق کے مہداسب قرنی انقباضات اور تاجچہ کے اندر کا ترقی یافتہ تناؤ ہیں جس میں بیضہ کی بالیدگی کی وجہ سے اضافہ ہوتا رہتا ہے۔ بعض قرون اتنے نمایاں ہوتے ہیں کہ ان میں حمل میعاد مقررہ تک پہنچ جاتا ہے۔ لیکن ان کے عضلی نظام کا مو اکثر ضعیف ہوتا ہے اور اس حالت میں انشقاق بالعموم حمل کے سطحوں مضی

یا اس سے قبل واقع ہو جاتا ہے۔ اگر حمل اپنی میعاد تک پہنچ جائے تو ایک کاذب وضع حمل ہوتا ہے اور جنین ہلاک ہو کر مغبوس ہو جاتا ہے۔ اسکے بعد یہ یا تو منقوع (macerated) ہو جاتا ہے اور صرف ہڈیاں ہی باقی رہ جاتی ہیں، اور یا نیتھجہ جنین (lithopædion) بن جاتا ہے۔



شکل ۱۶۶۔ قرنی حمل کے مقام انشعاق میں سے مستعرض تراش۔ قرن کی عضلی تہوں کا تامل بخوبی دکھائی دیتا ہے۔ ا۔ مشیمہ کے ٹکڑے جو قرن کے درونہ میں موجود ہیں۔ ب۔ عضلی درقات جو پتلے ہو گئے ہیں اور غنیہ دار ہیں۔ ج۔ دبیر عضلی درقات جو انشعاق اور آسراج جنین کے بعد باز کشیدہ ہو گئے ہیں۔

۱۔ واخلی نطف کے وقوع سے قبل اس زمانہ میں انہونی حل سے اصل رحم کے ابتدائی زمانہ کی نسبت کیقدر زیادہ مقامی یا عمومی اختلالات پیدا ہوتے ہیں۔ جب کسی سندست عورت کو جسے حیض باقاعدہ آتا ہو ”ایام“ کی متوقع تاریخ کے دو تین ہفتہ بعد تک حیض نہ آئے تو استقرار حل کا قوی احتمال ہوتا ہے، لیکن یہ ممکن ہے کہ اس وقت کوئی امر ایسا موجود نہ ہو جس سے یہ ظاہر ہو سکے کہ حل رچی ہے یا بروں رچی۔ حل کے عمومی امارات و علامات مثلاً بے طہیثیت، صبح کی منگی اور خفیف سے پستانی تغیرات اکثر اوقات موجود ہوتے ہیں، مگر تقریباً ۳۰ فی صدی مریضوں میں ماہوار سی ایام میں کوئی تین خلل واقع نہیں ہوتا، کیونکہ استقرار حل کے بعد اسی زمانہ میں جبکہ پہلے ماہوار سی ایام کا وقت آتا ہے اور یا اس سے پیشتر ہی بے قاعدہ نطف شروع ہو جاتا ہے۔ رحم سے خون کا بہنا غالباً اس امر کی طرف اشارہ کرتا ہے کہ نطف یا تو حلی تاجہ میں اور یا علی کے درونہ میں واقع ہوا ہے اور بیضہ تباہ ہو چکا ہے۔ بقیہ مریضوں میں بے طہیثیت دو یا تین مہینوں تک برقرار رہتی ہے اور استثنائی صورتوں میں یہ چار سے پانچ ماہ تک بھی پائی جاتی ہے۔ اس زمانہ میں حل کے علامات کے علاوہ جس علامت کے پائے جانے کا امکان ہے وہ شخی درد شکم کے متوالی حلے ہیں جن میں یہ اکثر ماؤف جانب ہی کی طرف محول ہوتا ہے۔ درد غالباً علی کے تندہ کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے، کیونکہ یہ ایک یقینی امر ہے کہ حاملہ علی میں جو بیش تکون واقع ہوتا ہے اس کا اس بیش تکون سے کوئی مقابلہ نہیں جو حامل رحم میں واقع ہوتا ہے۔ لہذا حاملہ علی کا اتع انفعالی ہوتا ہے، خالی نہیں ہوتا۔ اگر دروشکم کے حلے حل کے ابتدائی زمانہ میں واقع ہوں تو ہمیشہ بے صل حل کا شک پیدا ہونا چاہئے، اور ان کو اس امر کی دلیل سمجھنا چاہئے کہ نہایت مکمل و دوستی امتحان کی ضرورت ہے۔

طبیعی امارات۔ پستانی فعالیت کی موجودگی کی اہمیت صرف اسی عورت میں ہوتی ہے جو پہلے کبھی حاملہ نہ ہوئی ہو۔ اس کے متعلق سب سے اہم امر یہ ہے کہ پستانی غدہ کے بعض سختکوں میں بیش پرورش پائی جاتی ہے اور یہ ان سختکوں میں اکثر واقع ہوتی ہے جو بالائی اور بیرونی ربع میں واقع ہوتے ہیں۔ بہر کیف واقعات کی اکثریت میں پستانی امارات اس وقت تک نمودار نہیں ہوتے جس پر بے صل حل کی تشخیص کر لینا چاہئے، اور اس لئے پستانی تغیرات پر زیادہ اعتماد نہ رکھنا چاہئے۔ امتحان مہمل پر فہم خارجی کے لیوں میں نرمی شناخت کی جاسکتی ہے، اور یہ ابتدائے زمانہ حل کی معتبر ترین امارات ہے۔ جسم رحم بعض اوقات

کسی قدر کلانی یافتہ ہوتا ہے، اور اس کی بنگلی میں لچک پائی جاتی ہے۔
 غیر منقطع حاملہ نلی ایک لچکدار ورم کی شکل کی ہوتی ہے جو قاعدۂ رحم کی موخر جانبی
 طرف پر واقع ہوتا ہے (شکل ۱۴۶) اور شاؤ صورتوں میں یہ رحمی مثانی جیب میں بھی پائی جاتی
 ہے۔ اس کے نیچے اکثر اوقات نابض عروق محسوس کئے جاسکتے ہیں۔ اپنے طبیعی خواص کی
 مدد سے یہ ان انوبی کلامیوں سے تمیز نہیں کی جاسکتی جو دیگر وجوہ سے پیدا ہوتی ہیں، اور
 اس کی نوعیت محض ان علامات سے معلوم کی جاسکتی ہے جو اس کے ساتھ پائے جاتے ہیں۔
 انوبی حمل کو اس انوبی مبعضی ورم سے جو حمل رحم کے ابتدائی زمانہ میں پایا
 جاتا ہے تمیز کرنے میں احتیاط کی ضرورت ہوتی ہے۔ آٹھویں ہفتہ سے پہلے وہ تغیرات رحم
 جو طبعی حمل کا میز خاصہ ہوتے ہیں معدوم حس کے زیر اثر بھی اچھی طرح سے شناخت نہیں کئے
 جاسکتے، اور تفریقی تشخیص میں یہ ایک بڑی وقت ہے۔ عنت دونوں حالتوں میں نرم محسوس
 ہوگی۔ اگر خفیف سارچی نرف پایا جائے تو اس سے تشخیص میں کوئی مدد نہیں ملتی، کیونکہ یہ حاملہ
 سے بھی اکثر اوقات واقع ہوتا ہے خاصہ کہ اسقاط مظلور کا احتمال ہو۔ ورم کا محل اور اس کے
 خواص دونوں حالتوں میں لازمی طور پر مختلف نہیں ہوتے، لیکن ایسے عروق کا جو واضح طور پر
 نابض ہوں، صرف ماؤف جانب پر ہی پایا جانا انوبی حمل کی تشخیص کی مساعدت کرتا ہے۔
 ورم کی سریت ترقی جس کی شناخت مکرر امتحانات سے کی جاسکتی ہے سب سے زیادہ یقینی تفریقی
 امر ہے، لیکن جب شبہ پیدا ہو جائے تو فوراً عملیہ کرنا بہتر ہوتا ہے۔

244

سریری مشاہدہ کی بنا پر یہ ایک یقینی امر ہے کہ مذکورہ بالا علامات کے علاوہ اور کوئی
 علامات اس وقت تک ظہور پذیر نہیں ہوتے جب تک کہ نرف یا تو نلی ہی میں، یا کہ ہڈی باریطون
 میں، یا رباط عریض میں واقع نہ ہو جائے۔ اکثر حالتوں میں وقوع حمل کی اولین امارت ایک خفیف سا
 خارجی نرف ہوتی ہے جو رحم سے واقع ہوتا ہے، اور یہ نرف بعض اوقات ان شدید تر علامات
 میں سے جو بعد میں لازمی طور پر پیدا ہوتی ہیں، کسی ایک سے چند دن پہلے نمودار ہوتا ہے۔
 یہ علامات عام طور پر خارج الرحم حمل کے علامات تصور کئے جاتے ہیں، لیکن یہ درحقیقت
 ثانوی علامات ہیں کیونکہ یہ حمل سے براہ راست پیدا نہیں ہوتے، بلکہ چند ایسے اختلالات
 سے پیدا ہوتے ہیں جو یا تو بیضہ کو تباہ کر دیتے ہیں اور یا اس کے نوکے میں بہت سی
 تبدیلیاں پیدا کر دیتے ہیں۔ ان علامات میں قدرتی طور پر کیسانیت نہیں پائی جاتی جسکی وجہ یہ کہ

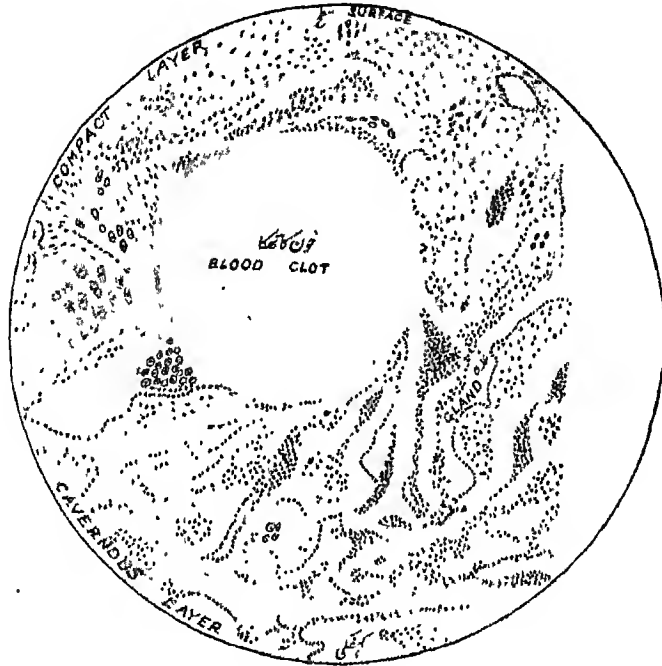
ان کا انحصار اس نقصان کی وسعت اور نوعیت پر ہوتا ہے جو بیضہ اور نلی کو پہنچتا ہے۔ بہر حال چونکہ نلی کے اندر کے حل کے طبعی محرک نسل پیدا ہوتا ہے سریری خصائص میں ایک نمایاں اور سرسبز تبدیلی واقع ہو جاتی ہے۔

۲۔ داخلی نرَف کے وقوع کے بعد۔ نرَف رحم جاری رہتا ہے اور یہ بالعموم یکساں رہتا ہے، بے قاعدہ نہیں ہوتا، اس کی مقدار متوسط ہوتی ہے اور خون کا رنگ تاریک ہوتا ہے۔ یہ خواص سائل حین کے خواص کے مشابہ ہیں، اور اس لئے مر بیضہ بعض اوقات یہ خیال کرتی ہے کہ یہ جریان خون زمانہ حیض ہی کی طوالت کا نتیجہ ہے۔ کبھی کبھی ریزینہ بھی علیحدہ ہو کر خارج ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات یہ رحم کے مکمل سبیکہ کی شکل میں علیحدہ ہو جاتا ہے (دیکھو شکل ۱۳۵)، مگر بیشتر ایسا ہوتا ہے کہ اس کے چھوٹے چھوٹے ٹکڑے علیحدہ ہو کر خارج ہوتے ہیں۔ بعض حالتوں میں ریزینہ کا اخراج قطعاً شناخت نہیں کیا جاسکتا اور یہ ممکن ہے کہ یہ فوخل کی شکل میں بتدریج اتر کر الگ ہوتا ہو۔ ریزینہ کے خواص واضح اور یکساں ہوتے ہیں، اور اس کی شناخت سے تشخیص میں معتد بہ مدد مل سکتی ہے۔

ریزینی غشا کی اندرونی سطح صاف اور بیرونی کھردری ہوتی ہے، اور اس پر اکثر اوقات چھوٹے چھوٹے علمی ارتفاعات بھی موجود ہوتے ہیں۔ خرد بین سے یہ ایک سطحی بستہ نہ، اور ایک عمیق مشبک یا کہنگی تہ پر مشتمل دکھائی دیتی ہے۔ سطحی سر حملہ تقریباً مکمل طور پر غائب ہوتا ہے، اور بستہ تہ میں بہت کم خرد پائے جاتے ہیں، اور یہ تہ بیضوی، مدور یا کثیر الاضلاع خلیوں کے تودوں پر مشتمل ہوتی ہے جو ایک دوسرے میں جھسے ہوتے ہیں۔

ان خلیوں کے نوات گلوب نما ہوتے ہیں۔ یہی خلیات ریزینی خلیات (decidual cells) ہیں۔ اس غشا کے اترنے کے بعد اس کے اس حصہ میں بہت سے بڑے بڑے وریدی جوف اور کئی ایک رخی نرَف بالعموم پائے جاتے ہیں جو بعض اوقات عظیم الجسامت ہوتے ہیں۔ عمیق تہ میں کئی ایک بے قاعدہ متنسج غد ہوتے ہیں جن میں سے اکثر میں سر حملہ بخوبی مسنون ہوتا ہے۔ رحم سے خارج شدہ بافت میں ریزینی خلیوں کی موجودگی زیادہ تشخیصی اہمیت نہیں رکھتی (دیکھو ”در حیض“ صفحات 184 و 191)، لیکن اس میں ایسی غشا کا پایا جانا جس میں مذکورہ بالا خواص موجود ہوں حل کی ایک ممیز خصوصیت ہے۔ رحمی حمل (استقاط) کی مثالوں میں سلوی تخلات یا سلوی سر حملہ کے شائبات بالعموم ریزینی غشا سے

چسپیدہ پائے جائیں گے، لیکن خارج الرحم حمل میں یہ صورت قدرتا غائب ہوگی (دیکھو شکل ۱۶۷)۔
 245 انبوبی حمل میں داخلی نطفہ کے سریری نتائج اختلاف پذیر ہوتے ہیں، اور ان کا انحصار زیادہ تر دو چیزوں یعنی نطفہ کی مقدار اور اس کی عمرت پر ہوتا ہے۔ انکو تین سریری اقسام میں تقسیم کیا جاسکتا ہے۔



شکل ۱۶۷۔ خارج الرحم حمل کے ایک اصحابہ سے ریزی سبیکہ (decidual cast) غشتہ کے مرکزی حصہ میں ایک عظیم الجسامت رنجی نطفہ دکھائی دیتا ہے۔ بائیں جانب پر ریزی غلیوں کے جھٹکے دکھائی دیتے ہیں۔ سلیو نکلات موجود نہیں ہیں۔

(۱) اگر نطفہ تیزی سے پورا ہوا، اور خون کی زیادہ مقدار خارج ہوگئی ہو تو انصبا بیا نون عمومی باریلوئی کہنے میں تقسیم ہو جاتا ہے، اور اس کا رجحان اسکے سب سے نیچے کے حصوں مثلاً وگلس کی جیب یا کلوی حصوں میں جمع ہونے کی طرف ہوتا ہے۔ یہ قسم انتشاری (diffuse) کے

نام سے موسوم ہے، اور بعض اوقات اسے ”دروں باریطونی سیلاب“ (intraperitoneal flooding) کے نام سے تعبیر کیا جاتا ہے۔ چند حالتوں میں ناف اور شکم کی مقدم دیوار کی کوئگی اور ان کی رنگت کی تبدیلی کو شدید باریطونی نزف کے مرافقاتہ کے طور پر بیان کیا گیا ہے۔ یہ منظر جو ”کھن کی امارت“ (Cullen's sign) کے نام سے موسوم ہے، مشتق سے حمل حمل کی انتہائی خصوصیت نہیں، بلکہ یہ ہر دروں باریطونی جریان خون میں جو خواہ کسی ماندہ سے بھی واقع ہوا ہو پائی جاسکتی ہے۔ اس کی کوئی زیادہ تشخیصی اہمیت نہیں۔

(ب) اگر نزف زیادہ شدید نہ ہو اور تیزی سے واقع ہونے کی بجائے آہستہ آہستہ واقع ہو رہا ہو تو خون کی ایک اختلاف پذیر مقدار حوض میں جمع ہو جائیگی، اور خون زیادہ نزدیک کلس کی جیب میں اور حاملہ نلی کے ارد گرد مجتمع ہوگا۔ یہ وہ درجہ ہے جس میں انجوبی حمل کے مریضوں کی ایک کثیر تعداد علیہ کے لئے آتی ہے، اور ایسے مریضوں میں وہ حالت بالعموم پائی جاتی ہے جو ”انجوبی اسقاط“ کے نام سے پہلے بیان کی جا چکی ہے۔ اس حالت میں انجوبی و حمل یا تو نلی ہی میں محبوس ہو جاتا ہے اور یا مکمل یا جزوی طور پر شکمی دہنہ کے راستہ سے خارج ہو جاتا ہے۔

(ج) اگر ایسی حالت کو اسی طرح جاری رہنے دیا جائے تو الفبا ب یا فہ خون چنڈی ایام میں تخیدی غشا سے جلف سے مرکب ہوتی ہے ویرہ بند ہو جاتا ہے، اور اس کے ساتھ ارد گرد کے اعضا بذریعہ انضمام چپیدہ ہو جاتے ہیں۔ خون کا دیرہ بند اجتماع جو حوضی باریطونی کہفہ میں پایا جائے حوضی قیسلہ و مویہ (pelvic hæmatocele) کہلاتا ہے (دیکھو صفحہ ۹ صفحہ 220)۔

246

(د) دروں باریطونی نزف کی انتشاری قسم۔ گاہے گاہے ایک ہی نزف اتنی تیزی اور افراط سے واقع ہوتا ہے کہ جراحی امداد کے حصول سے پیشتر ہی اس سے موت واقع ہو جاتی ہے۔ بلیکمر (Blacker) نے ایک واقعہ درج کیا ہے جس میں بیس منٹ میں موت واقع ہو گئی، اور ہمارے مجموعہ میں ایک نمونہ ایسی مریضہ سے حاصل کیا گیا تھا جو چند گھنٹوں میں مر گئی تھی۔ یہ ایسی حالت میں بھی اسی اندوہناک سرعت سے واقع ہو سکتا ہے جبکہ اس سے پیشتر کسی غیر طبعی حالت کے آئندہ وقوع کے متعلق شائد شخصی درو کے حملوں کے علاوہ اور کوئی انتباہ موجود نہیں ہوتا۔ اس حالت میں نزف ہمیشہ دروں باریطونی ہوتا ہے، اور یہ یا تو انجوبی انشقاق سے پیدا ہوتا ہے، اور یا انجوبی اسقاط سے۔ انتشاری نزف اکثر اوقات اس سے

کم شدید ہوتا ہے، اور کچھ عرصہ کے بعد خود بخود بند ہو جاتا ہے، اور اگرچہ اس سے مریضہ کی زندگی کو خطرہ ہوتا ہے لیکن یہ مہلک ثابت نہیں ہوتا۔ مگر یہ ممکن ہے کہ کچھ عرصہ کے بعد یہ پھر شروع ہو جائے اور انجام کار مہلک ثابت ہو۔ نزف کا پہلا حملہ بغیر کسی محرک سبب کے بھی ہو سکتا ہے جبکہ مریضہ بستر میں آرام کر رہی ہو یا سوئی ہوئی ہو۔ اکثر اوقات یہ معلوم ہوا ہے کہ یہ کسی خفیف سی عضلی جھد سے پیدا ہوا ہے، جیسی کہ معمولی خانگی کام یا فعل تیز کے لئے درکار ہوتی ہے۔

اس کی پہلی علامت عام طور پر شدید درد شکم ہوتی ہے جو دفعۃً شروع ہو جاتا ہے، اور ایک یا دو نوں حرقشی خطوں میں محسوس ہوتا ہے۔ اس کے بعد اکثر جلد ہی قے شروع ہو جاتی ہے، اور بعض حالتوں میں دست بھی آنے لگتے ہیں۔ اس سے اکثر دل ڈوبنے لگتا ہے، اور بعض اوقات غشیان (syncope) سے مریضہ بالکل بیہوش ہو جاتی ہے۔ شدید نزف کے واقعات میں ان علامات پر مخفی نزف کے علامات و امارات — شحوب، سرخیج اور کمزور نبض، گہرا اور مشقت طلب سانس (گر سنگی ہوا)، بے چینی، جوارح یا جسم کی تمام جلدی سطح کی برودت، پسینا، وجہ تپش کی کمی — کا اضافہ ہو جاتا ہے۔ خفیف سانزف رحم سے بھی بالعموم واقع ہوتا ہے۔ یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ داخلی نزف کے مشہور امارات صرف اسی وقت پائے جاتے ہیں جبکہ خون کی بہت بڑی مقدار دفعۃً ضائع ہو جائے۔ اگر خون کی اتنی ہی مقدار ایک ہی دفعہ ضائع ہونے کی بجائے دو یا تین دن میں بتدریج الضیاب پائے تو اس سے جو علامات پیدا ہوتے ہیں وہ تقریباً اتنے شدید نہیں ہوتے۔ ایسی حالت میں شحوب اور رفتار نبض کی تیزی جی ایسے امارات ہوتے ہیں جو مشاہدہ میں آ سکتے ہیں۔

اگر کہفہ باریلون میں آزاد خون کی ایک بڑی مقدار موجود ہو تو اس کی شناخت عام طور پر قرع سے کی جاسکتی ہے۔ جب مریضہ لیٹ جاتی ہے تو یہ خون پہلوؤں میں چلا جاتا، اور اس لئے یہ اہم ہو جاتے ہیں، اور جب مریضہ کی وضع کو تبدیل کیا جاتا ہے تو اوصیت کا یہ رقبہ اپنی جگہ آہستہ آہستہ بدل لیتا ہے۔

جب انتشاری ایوبی نزف، خواہ وہ شدید ہی کیوں نہ ہو، اتنی زیادہ مقدار میں واقع نہ ہو کہ اس سے زندگی کو خطرہ ہو تو اس کے علامات اس حالت کے علامات کے مشابہ ہوتے ہیں جو "باریلونیت" (peritonism) کے نام سے اکثر موسوم کی جاتی ہے، اور کسی قدر اختلاف کے ساتھ ایسی بہت سی حالتوں میں پائے جاتے ہیں جن میں سیال

دفعۃً کہنۃً باریطون میں نکل آتا ہے اور باریطون میں خراش پیدا کر دیتا ہے۔ یہ علامت مندرجہ ذیل ہیں:۔ شدید درد شکم جو اول اول ایک حرقشی خطہ تک ہی محدود ہوتا ہے مگر بعد میں جلد ہی عمومی ہو جاتا ہے، اور اس کے ساتھ کم و بیش شدید صدمہ بھی موجود ہوتا ہے۔ صدمہ اور شدید زف کے علامات میں سب سے بڑا فرق یہ ہے کہ صدمہ میں بے چینی اور گرسنگی ہوا نہیں ہوتی۔ در بعض اوقات کئی گھنٹوں تک موجود رہتا ہے۔ اور اس کے ساتھ تندر شکم بھی ہوتا ہے، اور قے بھی آتی ہے مگر یہ زیادہ عرصہ تک نہیں آتی۔ مریضہ کی حالت بستر تک بہتر ہوتی جاتی ہے، اور دو یا تین دن میں علامات بالعموم غائب ہو جاتے ہیں۔ مگر اس صورت حالات میں جریان خون کے کرر واقع ہونے کا بہت خطرہ ہوتا ہے، جس کے ساتھ ہی کم و بیش شدید درد کے حملے پھر عود کرتے ہیں اور صدمہ کے چند علامات نمودار ہو جاتے ہیں۔ مریضہ کے بستر پر لیٹے رہنے کی حالت میں بھی زف کرر واقع ہو سکتا ہے، اور یہ خطرہ ہے جس کی توضیح مذکورہ سابقہ تشزیحی امور سے کافی طور پر کی جا چکی ہے۔

247

ان حالتوں میں انوبی حل کی تشخیص بعض اوقات خاصی آسان ہوتی ہے۔ اگر خون بکثرت ضائع ہو چکا ہو تو داخل زف کا وقوع مذکورہ بالا امارات سے ظاہر ہو جائے گا۔ یہ طبعیت کے ایک قلیل عرصہ کی حالیہ روئداد کی موجودگی، اور اس کے بعد خفیف سے رجمی زف کا وقوع بے محل حل کے امکان کی طرف اشارہ کرتے ہیں۔ حوضی امتحان پر عین بعض اوقات نرم محسوس ہوتی ہے، اور ڈگلس کی جیب میں ایک نہایت ہی الیم اور نرم ورم معلوم ہوتا ہے جو سیال یا منجھ خون کے وہاں جمع ہونے سے پیدا ہوتا ہے۔ بعض حالتوں میں ایک جانبی ورم پایا جاتا ہے جو حاملہ نلی کو ظاہر کرتا ہے (شکل ۱۴۶)۔ مذکورہ بالا تمام سرسری امور انوبی حل کی تشخیص کے لئے جس میں زف داخلی بھی واقع ہوا ہو قوی دلائل ہیں۔

بخلاف اس کے بعض اوقات بے طبعیت کی کوئی سرگزشت موجود نہیں ہوتی، اور پہلی امتحان پر ڈگلس کی جیب میں خون کے محسوس ہونے کے علاوہ اور کچھ معلوم نہیں کیا جاسکتا۔ یہ ایک ایسا امر ہے کہ اس کی طرف خاص توجہ دینا چاہئے۔ ممکن ہے کہ تندر اور حاد الیمیت کی وجہ سے شکم کا مفصل امتحان معدم جس کے استعمال کے بغیر غیر ممکن العمل ہو، لیکن ڈگلس کی جیب کا امتحان ہمیشہ کیا جاسکتا ہے، کیونکہ براستہ مہبل معائنے سے اس تک یسانی رسائی ہو سکتی ہے۔ عنق کے پیچھے کی فضا پر محسوس ہوتی ہے، اور ورم کی البنگی

انتہائی خصوصیت رکھتی ہے۔ اس کے حدود واضح نہیں ہوتے، اور جب انگلی سے اوپر کی طرف دباؤ ڈالا جاتا ہے، تو یہ نرم اور گندھے ہوئے آٹے کی طرح محسوس ہوتا ہے۔ اور اگر ورم کو براستہ معائنے مستقیم محسوس کیا جائے تو یہ بعض اوقات، مقدم مستقیم دیوار کی طرف ابھرا ہوا پایا جاتا ہے۔ یہ ورم دیرہ نہیں ہو سکتا کیونکہ اس کے حدود جس پذیر نہیں ہوتے، نیز یہ التهابی سیال بھی نہیں ہو سکتا کیونکہ اس میں تناؤ بالکل نہیں ہوتا، لہذا یہ صرف خون ہی ہو سکتا ہے۔ اگر اس اور پر عمومی سریری خصائص کے ساتھ غور کیا جائے تو یہ آزاد اوٹلی نرف کی تشخیص کے لئے جس کا نمایاں سبب بے محل حمل ہوتا ہے ایک قاطع دلیل ہے۔

انتہائی دروں باریطونی نرف کی تفریقی تشخیص اس باب میں دی گئی ہے جس میں حاد حوضی ضررات کا ذکر ہے (دیکھو صفحات ۱۷۵۵ و ۱۷۵۶)۔

(ب) انجری ورمہ - انجری ورمہ (tubal mole) کا تون بالعموم دوسرے ہیمینہ میں عمل میں آتا ہے، اور شاؤمٹالوں کے علاوہ اس کے ہمراہ نرف بھی پایا جاتا ہے جو منفج تنگی و ہمنہ میں سے واقع ہوتا ہے۔ گاہے گاہے ورمہ بند بھی ہوتا ہے، اور اس حالت میں کوئی خارجی انجری نرف واقع نہیں ہوتا۔ نرف کی مقدار تقریباً ہمیشہ منقطع ہوتی ہے، اگرچہ مکمل انجری اسقاط سے بعض اوقات دروں باریطونی سیال (intraperitoneal flooding) کی حالت بھی پیدا ہو جاتی ہے۔ اس حالت کی بہترین مثالوں میں یہ نمونہ کی مشہور و معروف علامتیں، 'رجی نرف' اور ورم کے متوالی حملے پائے جاتے ہیں۔ سبیل کا امتحان کرنے پر طبیعی امارات پائے جاتے ہیں وہ ایک ایسے انتشاری حوضی ورم کے امارات ہوتے ہیں جس کی بستگی یکساں نہیں ہوتی اور جو جیسا کہ بالعموم شناخت کیا جاسکتا ہے، حوضی کہفہ کے ایک یا دوسرے جانبی نصف کو گھیرے ہوتا ہے۔ خفیف ساجہ قاعدہ ارتفاع پیش بھی اکثر پایا جاتا ہے، اور شاؤمٹالہ علامت بھی موجود ہوتی ہے جس کا اختصار قد زنا وٹلی نرف کی مقدار پر ہوتا ہے۔

اس قسم کی حالت میں جس کا ذکر ابھی کیا جا چکا ہے تشخیص کافی واضح ہوتی ہے۔ جب معروف علامات میں کوئی تغیر پایا جاتا ہے جیسا کہ اکثر ہوتا ہے تو التهابی عارضہ، مثلاً التهاب انجری (salpingitis) سے اس کی تفریقی تشخیص غور کرنا چاہئے، اور اس کا فیصلہ کرنا اکثر مشکل ہوتا ہے۔ زیر بحث حالت میں مریضہ کو چند ایام کے لئے زیر مشاہدہ رکھنے اور

بستر پر آرام کرنے میں کوئی خطرہ نہیں ہوتا۔ اگر علامات اور طبیعی امارات میں اصلاح جلد واقع ہو جائے تو انتہائی حالت کی تشخیص کی تائید ہوتی ہے۔ اگر مریضہ کی حالت میں کوئی فرق نہ آئے اور یا یہ ابتدر ہوری ہو تو عملیہ میں مزید تاخیر نہ کرنا چاہئے۔

(ج) داخلی نزف کی دویرہ بند قسم۔ اس قسم میں نزف انتشاری قسم کی نسبت زیادہ آہستہ واقع ہوتا ہے، اور داخلی نزف کے امارات بالعموم غیر واضح ہوتے ہیں۔ تاہم کسی قدر شغب اور سرعت نبض پہلے ہی سے موجود رہتی ہے، اور جوں جوں نزف میں ترقی ہوتی جاتی ہے یہ علامات زیادہ نمایاں ہوتے جاتے ہیں۔ جو واضح علامات ہمیشہ پائے جاتے ہیں وہ درد، ارتقاع پیش، اور رچی نزف ہیں۔ درد کے دور سے عام طور پر جریان خون کے وقوع سے پہلے شروع ہوتے ہیں اور متوالی دوروں کی شدت میں اضافہ ہوتا جاتا ہے۔

درد کی ابتدا، جو اکثر اوقات موجود ہوتا ہے، تقریباً ہمیشہ فوری ہوتی ہے، اور یہ بالعموم از خود شروع ہو جاتا ہے، گویا ہر ایسا معلوم ہوتا ہے کہ عضلی جہد اس کی محرک ہے۔ یہ ہمیشہ شدید ہوتا ہے، اور بعض اوقات اس کی شدت انتہا کو پہنچ جاتی ہے۔ پہلے کسی ایک حرفقی خطہ میں شروع ہوتا ہے، اور پھر بہت جلد تمام شکم میں پھیل جاتا ہے، لیکن کبھی کبھی یہ پھر محدود المقام ہو جاتا ہے۔ اول اول اس کے ساتھ بعض اوقات قے بھی ہوتی ہے، اور صدمہ کے دیگر امارات بھی پائے جاتے ہیں، اور کبھی کبھی ضعف یا حقیقی غشیان بھی موجود ہوتا ہے۔ درد چند گھنٹے تک شدید رہنے کے بعد رفع ہو جاتا ہے، اور بعد میں چند دن یا ایک ہفتہ کے اختلاف پذیر وقفوں پر عود کرتا ہے، حتیٰ کہ مریضہ پر کئی ایک بار حملے ہو جاتے ہیں۔ بعض اوقات پہلے حملہ کے بعد مسلسل درد شروع ہو جاتا ہے جس میں اشتدادات پائے جاتے ہیں۔

رچی نزف درد کے پہلے حملہ سے بیشتر شاذ و نادر ہی شروع ہوتا ہے، اور مذکورہ سابقہ نواس سے مختص ہوتا ہے۔ بعض اوقات اس کے ساتھ ایک ریزینی بلیک بھی خارج ہوتا ہے جو یا تو قطعات کی شکل میں ہوتا ہے اور یا سالم۔

درد اور نزف کے چند ایام تک برقرار رہنے کے بعد درجہ پیش میں ایک بے قاعدہ ارتقاع بالعموم واقع ہو جاتا ہے، جو کسی حد تک اس باریطونی رد عمل کا نتیجہ ہوتا ہے جو منقب خون کے ارد گرد ظہور پذیر ہوتا ہے، اور اسے منفرد کر دیتا ہے، اور کسی حد تک

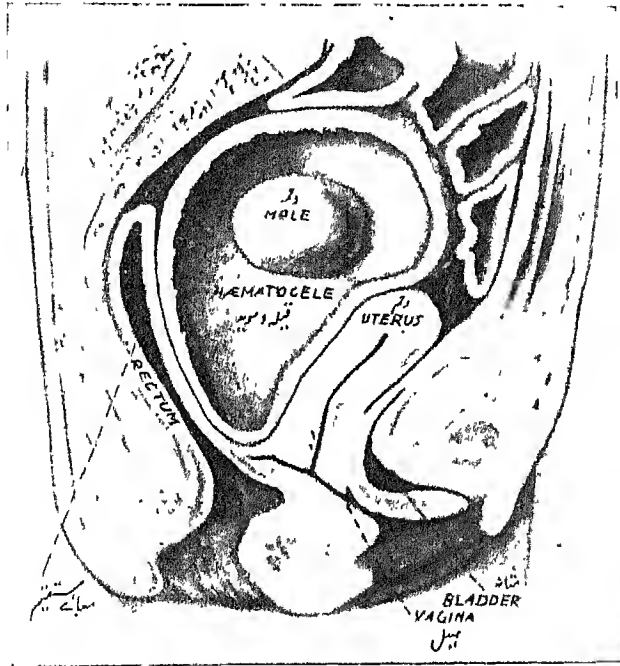
خون کے منصب حاصلات کے انخذاب سے پیدا ہوتا ہے۔ درجہ تپش ۱۰۰ تا ۱۰۲° ف سے شاذ و نادر ہی متجاوز ہوتا ہے تا وقتیکہ قید دمویہ میں سرانت نہ واقع ہو جائے۔ گاہے گاہے یہ بھی دیکھنے میں آیا ہے کہ غیر سرانت زدہ قید دمویہ کی وجہ سے بھی درجہ تپش ۱۰۲ یا ۱۰۵° ف تک بڑھ جاتا ہے۔

جو خون حاملہ نلی سے آہستہ آہستہ بہتا ہے اس کا رجحان کہفہ باریطون کے زیر ترین حصہ یعنی ڈگلس کی جیب میں جمع ہونے کی طرف ہوتا ہے (دیکھو صفحہ ۹، صفحہ ۲۲۰)۔ بعض حالتوں میں غالباً جبکہ نزف بہت آہستہ ہوتا ہے منصب خون ڈگلس کی جیب تک بالکل نہیں پہنچتا۔ یہ انضمامی التهاب باریطون (adhesive peritonitis) کی وجہ سے فوراً دوبرہ بند ہو جاتا ہے اور نرزی حصہ کے جو بالعموم شکمی دہنہ اور بعض اوقات نلی کے کسی دیگر حصہ کا جاک ہوتا ہے، تماس ہی میں رہ جاتا ہے۔ حوضی باریطونی کہفہ میں خون کا دوبرہ بند اجتماع حوضی قیلہ دمویہ (pelvic hæmatocele) کہلاتا ہے۔ اور جب یہ شکمی دہنہ کے گرد بنتا ہے تو گرد انہونی (peritubal) کے نام سے تیز کیا جاتا ہے (دیکھو شکل ۱۵۴) اور جب یہ نلی کے قریبی حصہ پر طیار ہوتا ہے تو نرزد انہونی (paratubal) کہلاتا ہے (ہینڈلے Handley: (دیکھو شکل ۱۵۵)۔ خون کے ان دوبرہ بند اجتماعات کے گرد لعف کی تہوں کے چنے اور ان کے نیچے خون کے تھکے کی سطحی تہوں کے تقضیہ سے ایک کاؤب کیسہ فوراً طیار ہو جاتا ہے۔ اس طرح ایک غشا بن جاتی ہے جو ۱/۱۱ تا ۱/۱۲ انچ موٹی ہوتی ہے۔ ان نادار الوقوع مثالوں میں جن میں دروں رباطی انشقاق واقع ہوتا ہے، خون رباط عریض کی تہوں کے درمیان آہستہ آہستہ بہتا رہتا ہے، اور یہ حالت حوضی دموی سلعہ (pelvic hæmatoma) کے نام سے تیز کی جاتی ہے۔

طبیعی امارات۔ جن علامات کا بھی ذکر کیا جا چکا ہے ان سے حمل انہونی معہ نزف و داخلی کی بالعموم ایک احتمالی تشخیص کی جاسکتی ہے۔ جو طبیعی امارات پائے جاتے ہیں وہ زیادہ تر حوضی انقباض ہی کے ہوتے ہیں اور انقباض کی نوعیت سریری روئاد اور علامات سے یہ معلوم کی جاسکتی ہے۔

کلاں حوضی قیلہ دمویہ ایک ورم کی شکل کا ہوتا ہے جو عانہ کے اوپر تک پھیلا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۱۶۸)۔ زبر معدی خطہ ذرا ابھرا ہوتا ہے اور اسکو دبانے سے

کافی درد ہوتا ہے۔ جس کرنے سے ایک گنبد نما اور مٹناخت کیا جاسکتا ہے جس کے حدود غیر واضح ہوتے ہیں اور بستگی لچکدار ہوتی ہے۔ اس کا محل وقوع بالعموم وسطانی ہوتا ہے مگر ہمیشہ ایسا نہیں ہوتا۔ قرع کرنے پر آواز نیم رنجان ہوتی ہے۔ درد کی جو سطح زیر معده میں محسوس کی جاتی ہے وہ قبیلہ دمویہ کی تھپت کی متناظر ہوتی ہے جو ثرب اور امعاء کی گنڈلیوں کے آپس میں اور



شکل ۱۶۸۔ حوضی قبیلہ دمویہ کی وسطانی سہمی تراش دکھائی گئی ہے۔ اس تراش سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ قبیلہ دمویہ سے وگلس کی جیب متمد ہو گئی ہے اور رحم آگے کی طرف کو دھکیلا گیا ہے۔ قبیلہ دمویہ کی بائیں دیوار کے ساتھ ایک انجوبی وحمہ چسپیدہ ہے۔

نیچے کے منصب خون کے تودہ کے ساتھ منضم ہونے سے طیار ہوتی ہے۔
امتحان مہبل سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ تمام رحم بشمول بیت عنق آگے کی طرف کو ٹل گیا ہے اور دیگر ارتفاق عانہ کی پچھلی طرف سے جا ملا ہے (دیکھو شکل ۱۶۸)۔ رحم کا لیول اس کے طبعی لیول سے عام طور پر نیچا ہوتا ہے اور کچھ گاہے یہ ایک نہ ایک طرف کی مقدار میں ٹلا ہوتا ہے۔ قم خارجی کے

لبوں میں نرمی شناخت کی جاسکتی ہے، اور جسم رحم کسی قدر کلانی یافتہ ہوتا ہے۔ حوض کا بقیہ حصہ انقباض سے بڑھتا ہے جو رحم کو اس کے طبعی محل سے ہٹا دیتا ہے۔ بعض اوقات یہ ونگس کی جیب کے فرسش کو منحرف کر دیتا ہے جس سے مؤخر قبوہ باہر کی طرف کو ابھرتا ہے۔ بستگی کے لحاظ سے درم عموماً لچکدار ہوتا ہے، اور اس کے بعض حصے گندھے ہوئے آتے کی طرح محسوس ہوتے ہیں۔ برعکس اس کے ایسے رقبہ جات کا جس بھی کیا جاسکتا ہے جو محکم اور محسوس ہوتے ہیں۔ یہ اختلافات خون کے غیر کل یا بے قاعدہ طور پر مر و ب ہونے کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں، اور یہ حوضی قبیلہ دمویہ کا ایک ممیز تشخیصی خاصہ ہیں۔ یہ حوضی تودہ اس تودہ سے جو عانہ کے اوپر محسوس ہوتا ہے مسلسل ہوتا ہے۔ استقبالی امتحان پر بعض اوقات یہ ظاہر ہوتا ہے کہ عجزی انفار بھی اس تودہ سے پڑے (شکل ۱۶۸) اور معاً اس سے مضبوط ہے۔ رحمی عجزی شکلوں میں عام طور پر دبازت بھی محسوس کی جاسکتی ہے جو ان کی سطحوں پر غائباً ترویج کے واقع ہونے سے پیدا ہوتی ہے۔

حوضی قبیلہ دمویہ کی تفریق تشخیص کا بیان ایک آئندہ باب میں دیا گیا ہے جس میں دروں حوضی اور ام کی تشخیص پر بحث کی گئی ہے (دیکھو صفحات ۷۷۵ و ۷۷۶)۔

۳۔ ثنائی شکلی محل۔ اس حالت کی شناخت کرنے میں معتد بہ وقت ہمیشہ آتی ہے، اور مندرجہ واقعات کی ایک بڑی اکثریت میں تشخیص اس وقت تک نہیں کی جاسکتی جب تک کہ جنین کی موت کے بعد حلی تاجہ مرآت کے واقع ہونے یا سکڑنے سے متغیر نہیں ہو گیا۔ حمل کی روئداد میں غیر طبعی خصائص پائے جاتے ہیں، مثلاً درد شکم کے حملے جو حمل کے ابتدائی مہینوں میں ہوتے ہیں اور جن کے ساتھ عام طور پر نرف بھی واقع ہوتا ہے۔ جب کبھی بیضہ انبوی اشتقاق کے بعد زردہ رہتا ہے تو داخلی نرف کی مقدار بظاہر اتنی زیادہ نہیں ہوتی، اور اس حالت میں جو علامات موجود ہوتے ہیں وہ مذکورہ بالا علامات کی نسبت زیادہ ضروری التوجہ نہیں ہوتے۔ ترقی یافتہ حمل میں امتحان شکم پر جو مقامی حالتیں پائی جاتی ہیں وہ بعض اوقات طبعی حمل کے علامات سے قریبی مشابہت رکھتی ہیں اور جنین کے جسم اور اس کے احضاری حصہ کی وضع میں کوئی غیر طبعی حالت نہیں پائی جاتی۔ سب سے زیادہ نمایاں فرق عتق کی حالت میں پایا جاتا ہے، اور وہ یہ ہے کہ ترقی یافتہ طبعی حمل میں انتہائی درجہ کی نرمی پائی جاتی ہے جو ایک بالکل امتیازی حیثیت

رکتی ہے، اور اگر خارج الرحم محل کی حالت میں کوئی نرمی محسوس ہوتی ہو تو وہ بہت خفیف ہوتی ہے۔ بہر حال معدوم حس کے زیر اثر باحتیاط امتحان کرنے سے یہ ظاہر ہو جائے گا کہ رحم صغیر الجسم ہے اور حملی تاجہ نے اسے اپنے محل سے کسی قدر ہٹا دیا ہے، نیز محبت (sound) کے استعمال سے یہ ظاہر ہو جائیگا کہ کہنہ رحم صرف خفیف سا کلائی یافتہ ہے اور خالی ہے۔ دروں رباطی قسم کی دروں باریطونی قسم سے تفریقی تشخیص کرنے میں اس سے بھی زیادہ دقت پیش آتی ہے۔ مؤخر الذکر میں جنین بالعموم حوض کی لگر کے اوپر پڑا ہوتا ہے، اور ہر طرف حرکت پذیر ہوتا ہے، اور قبل الذکر میں سرخلاف معمول حوض میں بیچھے اتر آتا ہے اور اسکی ایک طرف پایا جاتا ہے، اور جنین کی حرکت پذیری بعض اوقات محدود ہوتی ہے۔ بہر کیف ان امور پر پورا پورا اعتماد نہیں کیا جاسکتا۔

جنین میعادِ حمل کے پورا ہونے سے پیشتر ہی اکثر ہلاک ہو جاتا ہے، لیکن بعض اوقات یہ میعاد کے ختم ہونے کے بعد تک بھی زندہ رہتا ہے۔ درد کا ایک ایسا معین حملہ جسے 'ولادت کا ذب' کہا جاسکے تمام حالتوں میں نہیں ہوتا، مگر جب یہ ہوتا ہے تو جنین بھی عام طور پر اسی کے ساتھ ہی ہلاک ہو جاتا ہے۔ اس واقعہ کے بعد کلائی شکم سیال کے انجذاب کی وجہ سے بتدریج کم ہوتی جاتی ہے، بخلاف اسکے شکم بعض اوقات یا تو حملی تاجہ کی زلف کے واقع ہونے سے یا امعاء سے تاجہ کے سرانٹ زدہ ہو جانے سے تیزی کے ساتھ بڑھنے لگتا ہے۔ سرانٹ ارتقاء پیش کی موجودگی سے عام طور پر زلف سے تمیز کی جاسکتی ہے۔

ثانوی شکمی حمل کی برائی حالتوں کی جن میں جنین ہلاک ہونے کے بعد عرصہ دراز تک محسوس رہا ہو، سریری یا قاتی تشخیص تقریباً غیر ممکن ہوتی ہے۔ یہ ایک عجیب امر ہے کہ اس حالت میں منضم امعاء سے سرانٹ کے واقع ہونے کے خلاف ایک غیر معمولی مزاحمت موجود ہوتی ہے۔ اگرچہ حملی تاجہ میں مردہ مادہ کے بڑے بڑے تو دے موجود ہوتے ہیں، اور یہ مبادی سرانٹ کے متصل واقع ہوتا ہے، لیکن ان حالات کے باوجود اس میں خشک ٹنگرن (mummification: مومیت) پیدا ہو جاتی ہے، اور بعد میں چونے کے اطلاق کا غلبہ (encrustation) شروع ہو جاتا ہے، اور مرلیضہ کو ظاہر کوئی تکلیف محسوس نہیں ہوتی اور اتنے بڑے بنیم غریب کی موجودگی بغیر کسی قسم کی ظاہری زحمت کے کئی سالوں تک برداشت کی جاسکتی ہے۔ ہم اس سے ایک (بی۔ ڈبلیو) کے مشاہدہ میں ایک ایسی حالت آچکی ہے

جس میں ایک مجرد عورت میں ایک عظیم الجسامت نسکی سلعہ موجود تھا جس کی سرسری روکداد اٹھارہ سال سے زیادہ عرصہ سے چلی آ رہی تھی، اور جس کی نوعیت بیضی تصور کی جاتی تھی۔ عملیہ کرنے پر یہ کامل المدت ثانوی نسکی حمل ثابت ہوا۔ اس حالت میں جنین میں عظیم العفونت امانت واقع ہو چکی تھی، اور تاجہ میں زرد سولیتی مادہ کی ایک بڑی مقدار اور بڑیاں موجود تھیں جن سے اصل صورت حالات معلوم ہوتی تھی۔ متحجر جنین (lithopaedion) کے ایسی عورتوں کے جسم میں پائے جانے کی کئی ایک مثالیں درج کی جا چکی ہیں جن میں موت بڑھاپے میں کسی ایسے مرض سے واقع ہوئی جسے اس کے ساتھ کوئی تغلق نہ تھا۔ چنانچہ کچن میسٹر (Kuchenmeister) نے ایک عورت کا واقعہ درج کیا ہے جو ستاسی سال کی عمر میں فوت ہوئی، اور جس کے جسم میں ایک متحجر جنین پایا گیا جس کے متعلق یہ اندازہ کیا گیا کہ یہ ستاون سال سے یہاں جمبوس تھا۔ بعض حالتوں میں اس سے تسد و معوی بھی پیدا ہو چکا ہے اور یہ اس طرح موت کا بلا واسطہ سبب ثابت ہوا ہے۔

خارج الرحم حمل کا علاج

اس موضوع پر ان مختلف سرسری حالتوں کے لحاظ ہی سے بحث کی جاسکتی ہے جن کا ذکر ابھی اوپر کیا جا چکا ہے۔

۱۔ غیر منقطع خارج الرحم حمل۔ اس حالت میں حاملہ نلی یا حامل بیض کو شکم میں شکا ویکر بلا توقف دور کر دینا چاہئے۔ چونکہ داخلی نزف کے واقع ہونے کا بہت احتمال ہوتا ہے جس سے زندگی کو سخت خطرہ ہوتا ہے، اس لئے یہ ضروری ہے کہ تمام واقعات میں یہ بخریزی عملیہ سرانجام دیا جائے۔ اس عملیہ کا ذکر صفحہ 325 پر کیا گیا ہے۔ انوبی حمل کی حالت میں متناظر بیض قاعدۂ نمدارست ہوتا ہے اور اسے دور نہ کرنا چاہئے حالانکہ نلی کا اتصال اس طرح کیا جاسکتا ہے کہ ماسا رینقائے انوبہ (mesosalpinx) کو دو تین بندوں سے باندھ کر اس مقام کے قریب سے کاٹ دیا جائے جس پر یہ رحم سے پیسیدہ ہوتی ہے (انوبہ برآری: salpingectomy)۔ یہ طریقہ عمل آسان ہے اور اس لئے انداز موافق ہوتا ہے۔ مین حال میں یہ سوال اٹھایا گیا ہے کہ آیا غیر منقطع انوبی حمل یا انوبی حمل کی حالتوں کا نذارکہ کرنے میں تمام مواقع پر نلی کا استیصال جائز بھی ہے، اور یہ رائے پیش کی گئی ہے کہ انوبہ شکافی (salpingotomy) معہ اتقاق حمل کو انوبہ برآری کے بدل کے طور پر اختیار کیا جا

(بلیئر بیل اور وائٹ ہوس وغیرہ)۔ اس قسم کے طریقہ عمل پر ایک بڑا اعتراض یہ ہے کہ ایسی نلی کے بھی چھوڑے جانے کا امکان ہے جس میں کوئی ایسا ضرر موجود ہو جس سے بعد میں اسی قسم کا حادثہ ممکن الوقوع ہو۔ ایسا لازمی طور پر نہیں ہوتا، جیسا کہ ہمیں ایک تجربہ سے ثابت ہوا جس میں ایک ایسی مریضہ کو طبی درجی استغفار حل ہوا جس میں صرف ایک ہی فلوپی نلی تھی، اور اسی نلی پر وحشی حمل کے لئے انوبہ تنگائی کا عملیہ پہلے انجام دیا جا چکا تھا۔ ہماری رائے یہ ہے کہ ہر حالت کے متعلق اس کے اپنے حق و قبح کے لحاظ سے فیصلہ کیا جائے اور جب نلی میں نساہت غصیہ بڑی حد تک واقع ہو چکا ہو، اور یا اس سے مزید تکلیف کے پیدا ہونے کا احتمال ہو تو اسے باقی رکھ کر حادثہ کے آئندہ وقوع کا سامان پیدا کرنے کی بجائے اسے نکال دینا ہی زیادہ بہتر ہوتا ہے۔

۲۔ انتشاری نرقت۔ اس حالت میں بھی عملیہ ہمیشہ ضروری ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ مریضہ کی حالت جراحی مداخلت کے قابل نہ ہو مثلاً اس صورت میں جبکہ مریضہ مضطرب دروں باریطونی سیلاب کی وجہ سے قریب الموت ہو۔ عملیہ کے شروع کرنے میں کسی قسم کی غیر ضروری تاخیر جائز نہیں، لیکن اس کی سرانجام دہی کے مکمل طور پر پلیدی کرنے کے لئے وقت بالعموم مل جاتا ہے، کیونکہ نرقت خون کی بہت سی مقدار کے بسر و صناع ہونے کے بعد خود بخود دیند ہو جاتا ہے، اور مریضہ کی عمومی حالت جلد ہی بتدریج بہتر ہونا شروع ہو جاتی ہے۔ لیکن اگر مریضہ کی حالت رو یا صلاح ہونے کی بجائے ابتر ہو رہی ہو تو تنقوی سہی تاخیر بھی مہلک ثابت ہو سکتی ہے۔ اس حالت میں یہ ضروری ہوتا ہے کہ شکم کو فوراً کھوکھلا کر ان عروق کو باندھ دیا جائے جن سے کہ خون بہ رہا ہے۔ عملیہ کے دوران میں جب کہ ان تمام مقامات کو محفوظ کر لیا جائے جن سے کہ خون بہ رہا ہو وسطی بائلیق ورید (median basilic vein) میں گوند یا نمک کے محلول کا اضافہ (transfusion) کرنا چاہئے۔ اس سے عملیہ کے کامیاب ہونے میں مدد ملتی ہے۔ جب مریضہ معدم جس کے زیر اثر ہو تو کام میں عجلت ضروری ہوتی ہے، اور استنشائی حالتوں میں معدم جس کے استعمال کو حذرت بھی کیا جاسکتا ہے۔ شوکی دافع درو (spinal analgesic) کا مرکز استعمال

نہ کرنا چاہئے۔ ساقچہ کو حتی الامکان نہایت سادہ اور آسان طریقہ سے بہت جلد قابو میں لے آنا چاہئے، اور جتنا منضبط خون دور کیا جاسکے دور کر دینا چاہئے، لیکن باریطون کی مکمل شست و شو میں زیادہ وقت نہ صرف کرنا چاہئے اگر ضرورت ہو تو عملیہ کے ختم ہونے کے بعد جس وقت ممکن ہو سکے ایک یا دو پائنٹ خون کا اصفاف کر دینا چاہئے۔ مریضہ کے شکم سے خون لیکر اور اس میں سرٹریٹ (citrate) ملا کر محلول نمک کے ہمراہ ورید میں ذاتی تنقیع (auto-infusion) کرنے سے اچھے نتائج پیدا ہوتے ہیں۔

۳۔ دویہ بند نرف۔ نرف کی انتہائی قسم کی طرح اس میں فوری عملیہ کی ضرورت نہیں، لیکن تمام مریضوں کا جراحی علاج کرنا چاہئے۔ آئندہ نرف کے ارکان کو خارج از قیاس تصور نہیں کیا جاسکتا، اور خون کے ایک بڑے اجتماع کو حوض میں چھوڑ دینے سے جو خطرات پیدا ہوتے ہیں وہ جراحی مداخلت کے خطرات سے غالباً زیادہ ہیں۔

حوضی قیلہ دمویہ تک شکم کی طرف سے یا ہسبل کی طرف سے بذریعہ مؤخر ہسبل شنگانی (posterior colpotomy) رسائی کی جاسکتی ہے۔ قبل الذکر سے یہ آسانی ہوتی ہے کہ ضرر رسیدہ نلی مکمل طور پر منکشف ہو جاتی ہے اور دور کی جاسکتی ہے، اور کہنہ باریطون کو مناسب طور پر صاف کیا جاسکتا ہے، اور رحم کو بلا مسیلتیت بند بھی کیا جاسکتا ہے۔ جب ہسبل عملیہ اختیار کیا جاتا ہے تو قیلہ دمویہ کو محض خالی کر دینے کے بعد اس کی مسیلتیت کر دی جاتی ہے (دیکھو صفحہ 860)۔ یہ عملیہ لازمی طور پر غیر مکمل رہتا ہے کیونکہ مرقب خون کی مسیلتیت باسانی نہیں ہوتی، اور ممکن ہے کہ کہنہ کے مکمل طور پر بند ہونے میں کئی ہفتے لگ جائیں۔ سرائت زدہ قیلہ دمویہ میں ابتدائی ہسبل مسیلتیت عمل میں لائی جاسکتی ہے، اور اس کے بعد سرائت فرو ہونے پر شکلی عملیہ کیا جاسکتا ہے۔

۴۔ ثانوی شکمی حمل۔ یہ حالت خواہ دروں رباطی ہو یا دروں باریطونی، اس کا علاج محض عملیتی تدابیر سے کیا جاسکتا ہے۔ ان دونوں قسموں کو تمیز کرنے میں جو وقت پیش آتی ہے اس کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے، اور اسی وقت کی وجہ سے، علاج کے مختلف

طریقوں کا استعمال نہیں کیا جاسکتا۔ مندرجہ ذیل حالتوں میں علیہ سرانجام دیا جاسکتا ہے:-
(۱) جب جنین زندہ اور قابل حیات (viable) ہو، اور (ب) جب خفین کو ہلاک ہونے کا کچھ عرصہ ہو چکا ہو۔

ایسے واقعات ثنا ذوناہر ہی مشاہدہ میں آتے ہیں جن میں بچہ ابھی زندہ ہو، اور مندرجہ واقعات کی تعداد مقابلہ کم ہے۔ ایسی حالتوں میں مناسب طرز عمل یہی ہے کہ بچہ اور زچہ کی زندگی بچانے کے لئے فی الفور علیہ سرانجام دیا جائے، اور اس امر کو نظر انداز نہ کرنا چاہئے کہ بچہ میں نشربی نقائص کے موجود ہونے کا امکان بھی ہوتا ہے۔ اس طرز عمل پر ایک بہت بڑا اعتراض یہ ہے کہ دورانِ عملیہ میں ایسے کارپرداز مشیمہ کی موجودگی سے جس کا مادی دورانِ خون فعال ہو بعض اوقات ہنایت سخت فنی مشکل پیدا ہو جاتی ہے۔ مشیمہ کے علیحدہ کرنے پر شدید ترین متسم کا زرف واقع ہو سکتا ہے، اور ممکن ہے کہ اس کا قابو لینا بہت مشکل ہو۔ بہر کیف یہ امر حیرت انگیز ہے کہ بعض اوقات بہت ہی کم دقت پیش آتی ہے، اور حصوں کے نشربی تعلقات سے جو مختلف حالتوں میں مختلف ہوتے ہیں اس امر کی توجیہ ہو جاتی ہے۔ بعض اوقات جیسا کہ انبوی شکمی واقعات میں ہوتا ہے مشیمہ زیادہ تر رباطِ عریض اور رحم سے چسپیدہ ہوتا ہے، اور اس لئے جن بڑے بڑے عروق سے اس کو رسد پہنچتی ہے وہ رحم اور بیضی شریائیں ہوتی ہیں۔ لہذا مشیمہ کو علیحدہ کرنے سے پیشتر ان عروق کو قابو میں لانے کی کوشش کرنا چاہئے۔ بیضی شریان کو حوض کی لگر پر جہاں یہ غالب کو عبور کرتی ہے قابو میں لایا جاسکتا ہے، اور اگر ایسا کرنے میں مشکل پیش آئے تو اعور اور قونوں کو الٹ کر اس عرق کو زیادہ اونچے لیول پر باندھا جاسکتا ہے۔ زیادہ تر رسد خون بیضی عروق ہی سے پہنچتی ہے۔ مشکل صورتوں میں ماؤف جانب کی رحمی شریان تک پہنچنے کے لئے رحم کو دوڑ کیا جاسکتا ہے، اور اس کام کے لئے رحم برآری کا مستعرض طریقہ اختیار کیا جاتا ہے، اور اس کی ابتدا سندرست جانب سے کی جاتی ہے (دیکھو صفحہ 804)۔ ان عروق پر قابو حاصل کرنے کے بعد مشیمہ کو زیادہ خطرے کے بغیر اتارا جاسکتا ہے۔ اگر ممکن ہو تو تمام تاجہ کو مع مشیمہ دور کر دینا چاہئے۔ میلپت بالعموم ضروری ہوتی ہے، اور اس کے لئے جیبلی راستہ کو ترجیح دی جاتی ہے۔

بعض حالتوں میں مشیمہ کی چسپیدہ گیاں زیادہ وسیع ہوتی ہیں، اور امعاء کی گندلیاں اور ماسارینقا کے رتے ان میں شامل ہوتے ہیں۔ ایسی صورتوں میں کثیر التعداد شریانوں کو باندھنا

قالبوں میں لانا غیر ممکن ہوتا ہے۔ لہذا یہ ضروری ہوتا ہے کہ مشیمہ کو بہت جلد اتار دیا جائے، اور جن نرخی نقاط کو منفرد کیا جاسکتا ہو ان کو چمٹوں سے قالبوں میں لے آنا چاہئے اور بقیہ نقاط سے خون بند کرنے کے لئے سادہ یا بہتہ آئینہ گاز کے اصمام (plugging) پر اعتماد کرنا چاہئے۔ بعض اوقات یہ بھی ضروری ہوتا ہے کہ نرخی نقاط کو چمٹوں سے پکڑ لیا جائے اور چوبیس گھنٹہ تک ان کو وہیں چھوڑ دیا جائے۔ ایسے مریضوں کا علاج مابعد ہمیشہ تشویشناک ہوتا ہے۔ چوبیس گھنٹہ تک کسی چیز کو نہیں چھو اجاتا، اور اس کے بعد اصمام گاز کے بیرونی حصہ کو ڈھیلا کر دیا جاتا ہے، اور چمٹوں کو آہستہ سے کھول کر باحتیاط باہر کھینچ لیا جاتا ہے۔ گاز کا تھوڑا سا حصہ ہر روز نکال دیا جاتا ہے حتیٰ کہ پانچویں دن تمام گاز دور ہو جاتی ہے۔ صہامات (plugs) کو نمک کے عقیقہ مملول یا کسی روغنی وسیط، مثلاً لیکو پٹر پیرافن (liquid paraffin) اور ایکری ٹیلوین (acriflavine) سے تر کر لینا چاہئے تاکہ ان کو باہر نکالنے میں آسانی ہو۔ یہ عمل بہت درخیز ہوتا ہے اور اس کے لئے عموماً معدوم حس کی ضرورت ہوتی ہے۔

حملی تاجہ کے کھولنے کے لئے ہر ایک قسم میں یہ ممکن اصل ہوتا ہے کہ شکاف ایسے حصہ پر دیا جائے جو جدرانِ ششک سے بہت اچھی طرح سے منضم ہو۔ اس طرح تمام عملیہ بروں باریلونی طور پر سر انجام دیا جاسکتا ہے۔ اس مقصد کے لئے شکاف خطِ ابیض (linea alba) کی بجائے خطِ ہلالی (linea semilunaris) پر دیا جاسکتا ہے۔ سچہ کو باہر نکالنے اور جل کو کاٹنے کے بعد اغشیہ کو تاجہ کی دیوار سے اتار لیا جاتا ہے، اور مشیمہ کے حدود واضح کر لئے جاتے ہیں۔

فعال مشیمہ کا تدارک کرنے میں جو وقتیں پیش آتی ہیں ان کی وجہ سے زائد سابق میں بہت سے جراح عملیہ کو اس وقت تک ملتوی رکھتے تھے جب تک کہ جنین کی موت واقع نہ ہو جاتی، اور قدرتی انجام کا انتظار کرنے کی بجائے جنین کو ہلاک کرنے کے طریقے پیش کئے جاتے تھے۔ ایسا اس خیال سے کیا جاتا تھا کہ جنین کی موت کے بعد مشیمی اجواف میں فوراً علقت پیدا ہو جائے گی، جس سے مشیمہ کسی خوفناک نزف کے واقع ہونے کے بغیر اتار اجا سکے گا۔ مگر تجربہ سے یہ ظاہر ہو چکا ہے کہ علقت کے واقع ہونے کے لئے جو وقت درکار ہوتا ہے وہ اختلاف پذیر اور غیر متعین ہے۔ اس منہم کے واقعات بھی درج کئے جا چکے ہیں جن میں اُن عملیوں کے دوران میں بھی جو جنین کی مفروضہ موت کے کئی مہینے بعد کئے گئے تھے مشیمہ کے علیمہ کرنے پر مقرر نزف واقع ہوا۔ انتظار کرنے میں ایک اور خطر یہ بھی ہے کہ ممکن ہے کہ

تاچہ زوف کی وجہ سے خود بخود نفث ہو جائے۔ اور یہ بھی اغلب ہے کہ یہ امعاء کے عضویوں سے سرائٹ زدہ ہو جائے۔ لہذا ہر نقطہ نظر سے یہ بہتر ہے کہ علیہ فوراً کیا جائے خواہ کچھ مردہ ہو یا زندہ۔

یہ مشورہ بھی دیا جا چکا ہے کہ جب زوف کو قابو میں لانا مشکل ہو تو مشیمہ کو علی محصلہ چھوڑ دینا چاہئے، اور تاچہ کے کناروں کو زخم شکم کی جلد سے ٹانگ کر تاچہ کو کمیتس (marsupialised) بنا دیا جائے۔ چند دنوں کے بعد مشیمہ کو جس میں شائد عقیقت پیدا ہو گئی ہوگی، پچھٹے اور قینچی سے ٹکڑے ٹکڑے کر کے دور کیا جاسکتا ہے۔ مشیمہ کی سرائٹ بلاشبہ ناگزیر ہوتی ہے، اور عفونت کی وجہ سے ثانوی زوف کے پیدا ہونے کا شدید خطرہ ہوتا ہے جس سے اس طریقہ کے فوائد قریب پر نہایت خراب اثر پڑتا ہے۔

اس کے علاوہ مشیمہ کے تدارک کا ایک اور طریقہ بھی ہے جس کے استعمال کی سفارش کی گئی ہے۔ اور وہ یہ ہے کہ اس کو چھوڑا ہی نہ جائے، اور جبل ستری کو مشیمہ کی سطح کے برابر سے باندھ کر کاٹ دیا جائے اور تاچہ کو اس کے اوپر ملا کر ٹانگے لگا دئے جائیں، اور شکم کو بلا مسیلت بند کر دیا جائے اور مشیمہ کو جذب ہونے کے لئے چھوڑ دیا جائے۔ اس امر کا ثبوت کہ مشیمہ اس طرح جذب ہو جاتا ہے یہ ہے کہ جنین متحرک کے واقعات میں یہ نکل طور پر غائب ہو جاتا ہے۔ اگر یہ طریقہ اختیار کیا جائے تو یہ ضروری ہے کہ مشیمہ کو علیحدہ کرنے کے لئے ابتداء کوئی کوشش نہ کی جائے بلکہ اس کو پھیپھڑے کے بغیر معہ انضمام اسی طرح چھوڑ دیا جائے۔ مشیمہ کے سرائٹ زدہ ہونے کے خطرات، اُن عضویوں سے جو امعاء سے اس میں داخل ہو سکے ہیں، ناگزیر ہیں، مگر مریضوں کی ایک قلیل تعداد کا علاج اس طریقہ سے کامیابی کے ساتھ کیا جا چکا ہے۔ یہ ظاہر ہے کہ جراح کو سب سے زیادہ خیال زچہ کو بچانے کا ہونا چاہئے، کیونکہ جیسا

کہ ہم پہلے بیان کر چکے ہیں، اگر جنین ان خطرات کے باوجود زندہ رہے جو اُن حالات کا جزو لا یتک ہے جن کے تحت یہ نشو و نما پاتا ہے اور میعاد تک پہنچتا ہے، تو بھی اس کا نمو اور اس کی حیویت شاذ و نادر ہی طبعی ہوتی ہے۔ ایسے جنینوں میں تشوہات غیر معمولی طور پر بکثرت پائے جاتے ہیں۔ اُن ۱۰۰ واقعات میں سے جو گارڈن لی (Gordon Ley) نے جمع کئے ہیں تقریباً ۵ فیصدی میں تشوہات موجود تھیں۔ جو بچے زندہ پیدا ہوئے ہوں ان کی شرح اموات ابتدائی حصہ عمر میں غیر معمولی طور پر زیادہ ہوتی ہے۔ سٹنر (Sittner) نے

جو ۱۱۲ مثالیں جمع کی ہیں ان میں سے ۵۹ پہلے چار مہنتوں میں، اور ۱۴ پہلے سال کے ختم ہونے سے پیشتر مر گئے۔ اس طرح زندگی کے پہلے سال میں شرح اموات تقریباً ۶۰ فیصدی رہی۔

حصہ دوم۔ باب سوم

زنانہ اعضائے حوض کی سرستیں

نسائی تناسلی بولی خطہ کے خرد عضویات

255

نسائی تناسلی خطہ میں عضویوں کی بہت سی قسمیں پائی جاتی ہیں، اور بولی اعضا میں یہ اتنی کثرت سے نہیں پائے جاتے۔ بہت سے ایسے عضویے ہیں جو اعضائے تناسل میں تو پائے جاتے ہیں مگر بولی خطہ میں نہیں پائے جاتے۔

بچہ کی مہلی نباتات۔ زندگی کے پہلے چوبیس گھنٹہ تک مہلی عقیقہ رہتی ہے، لیکن تیسرے دن اس میں ہمیشہ خرد عضویے پائے جاتے ہیں، جو ریکم زائبقات عقیقہ امیض و ذہبی (staphylococcus pyogenes albus and aureus) 'نبقات سجیہ (streptococci) اور ڈیفٹیریڈ (diphtheroid)، اور جفاف (xerosis) اور پافین (Hoffmann) کی قسموں کے عضویات پر مشتمل ہوتے ہیں۔ جرثومی ٹوٹ کے وقوع سے پہلے مہلی افزائش خوار بچوں میں ترشٹی ہوتا ہے (میکس ویل (Maxwell)۔ بچہ کی زندگی کے دوسرے دن مہلی میں عضویوں کی تعداد بڑھنا شروع ہو جاتی ہے، اور مذکورہ عضویوں کے علاوہ مچھل (Schmidgall) نے زندگی کے پہلے سال میں عمومی تولونی عصیہ (bacillus coli communis) اور مہلی عصیہ (vaginal bacillus) (شکل ۱۶۹) بھی دریافت کیا ہے۔ فاضل مذکور کا یہ خیال ہے کہ نوزائیدہ کے مہلی افزائش کے خواص مادر می مہلی نبات سے متاثر ہو سکتے ہیں۔ اور اس کی توجیہ اس امر سے ہوتی ہے کہ سفلی احضار است

(breech presentations) کی حالتوں میں دورانِ ولادت میں زنا نہ جنبن کے اعضائے تناسل کے سرایت زدہ ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ زیادہ عمر کے بچوں میں جو جراثیم ہسپلی افزائیں موجود ہوتے ہیں ان میں زیادہ تر معمولی جراثیم ہوتے ہیں۔ بیرنگٹن وارڈ (Barrington-Ward) نے حال ہی میں اس امر کی طرف توجہ دلائی ہے کہ بچوں کے سناسلی خط میں ریوی بنفہ (pneumococcus) بہت کم پایا جاتا ہے۔ اس سے نیبرو (Nabarro) کے اس خیال کی توثیق ہوتی ہے کہ ممکن ہے کہ پہلے فقیر زنجیر بنقات سجمیہ اور دو بقو (diplococci) کو غلطی سے ریوی بنقات (pneumococci) سمجھ لیا گیا ہو۔ کم عمر بچوں کی مہبلوں میں عضویوں کے ہمیشہ پائے جانے سے اس امر کی تردید ہو جاتی ہے کہ اس عمر میں کوئی قدرتی ہسپلی دافع عفونت فعل موجود ہوتا ہے۔

بالغ مہبل کی نباتات۔ ۱۹۲۷ء میں ڈوڈرلین (Döderlein) نے ۱۹۵ حاملہ عورتوں کے افراز مہبل کے امتحان سے حاصل شدہ نتائج شائع کئے۔ اس نے ان افرازاں کو بجز نظر مشاہدہ کرنے سے (ا) طبعی (ب) امراضیاتی یا غیر طبعی اقسام میں تقسیم کیا۔ اور انکے جراثیمیاتی امتحان سے یہ ظاہر ہوا کہ دونوں حالتوں میں یہ نباتات بالکل مختلف ہے۔

(ا) طبعی افراز سفیدی مائل دکھائی دیتا ہے اور اس کا قوام نیم جامد ہوتا ہے۔ اس میں مخاط موجود نہیں ہوتا، اور اس کا تعامل نہایت ہی ترشی ہوتا ہے۔ اس طبعی افراز سے ایک مخصوص عصیہ کاشت کیا گیا (دیکھو شکل ۱۶۹)۔ یہ عصیہ لمبا اور موٹا، حرکت ناپذیر اور ناسوا باش ہوتا ہے، اور لیکٹک ایسڈ (lactic acid) پیدا کرتا ہے۔ ۳۶ فیصدی واقعات میں اس عضویہ (ڈوڈرلین کے عصیہ: Döderleins's bacillus) کے ساتھ ایک لہنی فطر

256 (yeast fungus) بھی پایا گیا۔ اور یہ بھی معلوم ہوا ہے کہ ڈوڈرلین کے عصیہ میں بنقات عنبیہ کو کسی حد تک تباہ کرنے کی طاقت موجود ہوتی ہے۔ جب بنقات عنبیہ کو باکترہ مہبل میں داخل کیا گیا تو یہ بیمار دن میں غائب ہو گئے۔ ڈوڈرلین نے اس جراثیم کش فعل کو لیکٹک ایسڈ

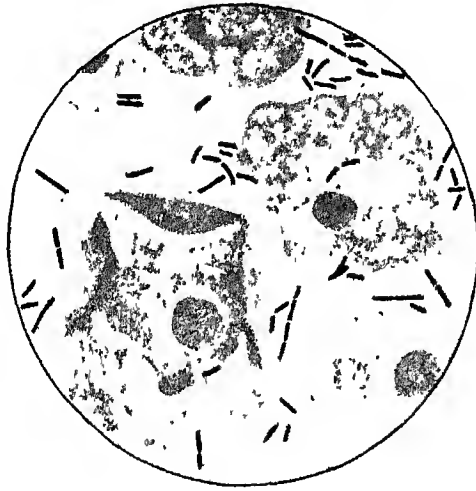
لے ہوکن کی جدید تحقیقات سے ان نتائج کی توثیق ہوتی ہے۔ دیکھو "Investigation of the

Bacteria of the Vagina in Pregnancy," Charlotte L. Houlton, Jaur.

Obst. and Gyn., Brit. Emp., 1924, xxxi, 258.

(lactic acid) کی موجودگی کے ساتھ شوب کیا ہے جو اسی عصبیہ سے پیدا ہوتا ہے جو اسکے نام سے موسوم ہے، لیکن بچوں کی مہبل میں لیکٹک ایسڈ کے موجود ہونے سے درآسمائیکہ فکوز نوعی عصبیہ ان کی مہبل میں موجود نہیں ہوتا اس نظریہ میں کچھ شبہ پیدا ہو جاتا ہے۔ ڈوڈرلین نے اپنے مطمح نظر کی تائید میں مندرجہ ذیل امور پیش کئے ہیں:-

(۱) ایسے تمام امراضیاتی مہبلی افرازات جن میں گند خور عضویات اور کئی ایک



شکل ۱۶۴ - مہبلی عصبیہ (آی-شا) -

مرض جراثیم موجود ہوتے ہیں محض خفیف سے ترشٹی ہوتے ہیں، اور بعض اوقات یہ قلوئی بھی ہوتے ہیں۔

(۲) نفاسی عورتوں میں مہبلی عصبیہ غائب ہو جاتا ہے اور اس کی جگہ کئی ایک قسم کے گند خور عضویات پیدا ہو جاتے ہیں، اور نفاس قلوئی ہوتا ہے۔

(۳) جب نفاس بند ہو جاتا ہے تو گند خور عضویات بھی غائب ہو جاتے ہیں اور مہبلی عصبیہ بھر پیدا ہو جاتا ہے اور مہبلی افراز نہایت ترشٹی ہو جاتا ہے۔

(ب) غیر طبعی افرازات زردی مائل یا سبزی مائل رنگت کے ہوتے ہیں،

ان کا قوام ری می ہوتا ہے۔ یہ محاط آمیختہ ہوتے ہیں، اور بعض اوقات ان میں گیس کے بلبلے بھی پائے جاتے ہیں۔ ان کا تعامل خفیف سا ترشی یا قلوئی ہوتا ہے، اور یہ عموماً کثیر المقدار ہوتے ہیں۔ جرثومیاتی نقطہ نظر سے یہ بنقعات (cocci) اور عصیات (bacilli) کی بہت سی مختلف قسموں پر مشتمل ہوتے ہیں۔ ان ۱۴ واقعات میں سے جن کا امتحان ڈوڈرین نے کیا محض آٹھ میں بنقعات سنجیمہ (streptococci) پائے گئے، اور ان میں سے صرف پانچ میں قسبیت ثابت کی گئی۔

طبعی حمل کے ۱۰۰ متوالی واقعات میں جس کثرت سے مہبل میں بنقعات سنجیمہ پائے گئے ہیں اس کا اندازہ لاکھارٹ (Lockhart) نے کیا ہے، جس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ یہ عضویات ۴۶ فیصدی اولین حاملہ عورتوں میں اور ۶۴ فیصدی کثیر الولادت عورتوں میں موجود تھے۔ وضع حمل سے پیشتر صرف ایک مثال میں بنقعات سنجیمہ خون پاش پائے گئے۔ وضع حمل کے بعد مذکورہ واقعات میں یہ پانچ میں دریافت کئے گئے۔ جن اصابات میں بنقعات سنجیمہ پائے گئے ان میں سے ۱۵ فیصدی اولین حاملہ عورتوں میں اور ۳۰ فیصدی کثیر الولادت عورتوں میں بعد میں نفاسی ارتقاء پیش رو مانا ہوا۔ حال ہی میں نیلر (Taylor) اور رائٹ (Wright) نے بالغ عورتوں کے تناسلی خطہ کی جرثومیات کے متعلق تحقیقات کی ہیں، خاص کر جہاں تک کہ اس کا تعلق نفاسی سرانت کے ساتھ ہے۔ ولادت سے عین پہلے خون پاش بنقعات سنجیمہ (haemolytic streptococci) ۲۵ فیصدی حالتوں میں، اور کاذب خون پاش بنقعات سنجیمہ ۳۱ فیصدی میں، اور نابوا پاش بنقعات ۱۵ فیصدی میں مہبل میں پائے گئے ہیں۔ جن مریضوں میں خون پاکش بنقعات سنجیمہ موجود تھے ان میں سے کسی پر بھی دورانِ نفال میں رجمی عفونت کا حملہ نہیں ہوا۔ غیر حاملہ عورتوں میں افزائت مہبل میں بنقعات سنجیمہ

257

۱۔ "Bacteriological Examination of Cervix and Vagina during Pregnancy," etc. Leonard P. Lockhart, Journ. Obst. and Gyn. Brit. Emp., 1925, xxxii, No. 1, 49.

۲۔ Journ. Obst. and Gyn. Brit. Emp., 1930.

شاذ و نادر ہی پائے جاتے ہیں۔

دیگر محققین نے بھی جن میں کرونگ (Krönig) منج (Menge) و انتھارد (Walthard) اور سٹروگینوف (Stroganoff) شامل ہیں افزات مہبل میں جراثیم کش طاقت ثابت کی ہے۔ کرونگ نے مہبل میں نمقعات سجیہ، نمقعات عنیبہ، اور عصیہ ریم ازرق (bacillus pyocyaneus) کی خالص کاشتوں کی تنظیم کی، اور اس نے یہ دریافت کیا کہ یہ جراثیم گبارہ سے بیس گھنٹہ تک کے عرصہ کے بعد تباہ ہو گئے۔ منج (Menge) نے ممرض جراثیم کی اُس تباہی کے اسباب کو جو مہبل میں عمل میں آتی ہے مندرجہ ذیل خلاصہ کی شکل میں بیان کیا ہے:۔ (۱) مہبل کی طبعی نبات کا تضاد (antagonism)۔ (۲) مہبل عصیہ (vaginal bacillus) کی فعالیت حیات کے حاصلات۔ (۳) افزات کی ترشگی۔ (۴) مہبل کے تشریحی عناصر کی جراثیم کش طاقت۔ (۵) مواد مہبل یا ساری عضو یہ سے پیدا شدہ سفید خلوت (leucocytosis) (۶) خلوی کالیت جو سفید خلوت کے بعد رونما ہوتی ہے، اور مہبل میں آزاد کسبین کی عدم موجودگی۔

تناسلی خطہ میں عضویوں کی تقسیم۔ تناسلی قنال عملی طور پر دو حصوں میں منقسم ہے جن میں ایک سرایت زدہ ہے اور دوسرا عقیقہ (دیکھو صفحہ 53)۔ گرد آئینہ کے مطابق تناسلی قنال کے تین حصے ہیں: (۱) مہبل جس میں سفید خلیات اور جراثیم موجود ہوتے ہیں۔ (۲) عنق جس میں محض سفید خلیات ہی موجود ہوتے ہیں۔ (۳) جسم رحم جس میں نہ تو سفید خلیات پائے جاتے ہیں اور نہ جراثیم۔ بقول سٹروگینوف (Stroganoff) بیشتر حالتوں میں قنالی عنق کے کسی حصہ میں بھی عضو بیٹے موجود نہیں ہوتے۔

خطہ دہلیز میں لٹنی عصیہ (smegma bacillus) پایا جاتا ہے۔ یہ ایک عضو بہ ہے جو بلحاظ شکلیات و تعاملات نوسشیہ عصیہ تدرن کے مشابہ ہے، اور یہ مشابہت بولی خطہ کے تدرنی مرض کی تشخیص کے سلسلہ میں بہت اہمیت رکھتی ہے (دیکھو صفحہ 305)۔

خلاصہ۔ (۱) مہبل کے طبعی افزات میں عصیہ مہبل تمام عضویوں سے

زیادہ کثرت کے ساتھ پایا جاتا ہے۔

(۲) جن عضویات پر طبعی نبات مہبل مشتمل ہے ان میں سے عام طور پر کوئی ایک بھی مرض نہیں ہوتا، حتیٰ کہ جب کبھی نبتات سجیہ (streptococci) بھی موجود ہوتے ہیں تو طبعی غشاء مخاطی میں گند خور عضویات کی طرح ہی پائے جاتے ہیں۔

(۳) مگر بعض اوقات نبتات سجیہ مرض بن جاتے ہیں، اور اگر بافتوں کو کسی طرح کوئی ضرر پہنچ جائے تو ان کی قسبیت بالقوہ کا مظاہرہ ہو سکتا ہے۔ لہذا یہ امر مسلمہ تصور کیا جاسکتا ہے کہ حاملہ عورت کی مہبل میں ان کے موجود ہونے سے اسے عفونت نفاسیہ کے عارض ہونے کا زیادہ خطرہ ہوتا ہے جبکہ مقامی ضربہ (local trauma) یا شدید نر ف یا طویل اور مشکل ولادت سے اس کی طبعی قوت مزاحمت کم ہو جائے۔

بولی خطہ کے خرد عضویہ۔ یہ خطہ بالعموم سرائت زدہ ہو جاتا ہے مگر جو عضویہ اس میں پائے جاتے ہیں ان کے انواع و اقسام قلیل ہیں۔ جس طریقے سے عضو سبب بولی خطہ میں داخل ہوتے ہیں اس پر التهاب مثانہ (Cystitis) اور التهاب جوش گردہ (Pyelitis) کے بیان میں بحث کی جائے گی (دیکھو صفحہ 329 و 334)۔ جہاں تک مہال کا تعلق ہے سیٹور (Savor) کو ان طبعی واقعات میں سے جن کا امتحان اس نے کیا ۳۶۵ فیصدی میں اس گزرگاہ میں کوئی جراثیم نہیں ملے۔ کٹلی (Kelly) اور برنیم (Burnam) نے یہ خیال ظاہر کیا ہے کہ طبعی افراد کی نصف سے زیادہ تعداد میں مہال میں جراثیم موجود ہوتے ہیں۔ ہاف مائیسٹر (Hofmeister) نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ منفذ بول کے قریب کے زیادہ متکشف حصوں کی نسبت مہال کے زیادہ گہرے حصوں میں جراثیم کی تعداد کم ہوتی ہے۔ جو افراد طبی دکھائی دیتے ہیں ان کے مہالوں میں جو عضویہ پائے جاتے ہیں ان میں نبتات عنبیہ (staphylococci) اور عصیہ قولون (colon bacilli) بکثرت پائے جاتے ہیں، اور نبتات سجیہ (streptococci) اتنی کثرت سے نہیں ملتے۔ اولی سرائت کے واقعات کی اکثریت میں جراثیم عصیہ قولون (B. coli) کے گروہ سے ہوتے ہیں۔ جرثومیاتی امتحان سے یہ ثابت کیا جا چکا ہے کہ عام ترین عضویہ جو ریم بولیت (pyuria) میں پایا جاتا ہے عمومی قولونی عصیہ (B. coli communis)

ہے۔ نیز اکثر اصابات میں یہ تہہا ہی پایا جاتا ہے۔ اصابات کی ایک خاص تعداد میں نبتقہ بسیجہ قصیر (streptococcus brevis) بطور ثانوی سرائت کے موجود ہوتا ہے۔ اور نبتقہ عنیبہ اسیض (staphylococcus albus) نبتقہ عنیبہ ہی (staphylococcus aureus) عصیہ ریم ازرق (bacillus pyocyaneus)، اور کثیر الاشکال عصیہ (bacillus proteus) کے متعلق بھی کہا جاسکتا ہے۔ اولی ساری عامل ہونے کی حیثیت سے قولونی عصیہ کے بعد تدرتی عصیہ (B. tuberculosis) کا نام رکھا جاتا ہے۔ اس عضو بہ کے ساتھ نبتقہ عنیبہ اسیض تقریباً ہمیشہ پایا جاتا ہے، اور مذکورہ بالا عضویوں میں سے بھی کوئی نہ کوئی بعض اوقات اس کے ساتھ موجود ہوتا ہے۔ اگر پیشاب میں تدرتی عصیہ کا وجود ثابت کرنا مقصود ہو تو اس کے لمبی عصیہ (smegma bacillus) سے ملوث ہونے کے امکان کو خارج کر دینا چاہیے، کیونکہ یہ دونوں عضو یہی بلحاظ شکلیات و خواص تو شبیہ ایک دوسرے سے یقینی طور پر تمیز نہیں کئے جاسکتے (دیکھو صفحہ 305) لہذا تدرن کے لئے امتحان کرنے وقت ہمیشہ قاساطیری نمونہ استعمال کرنا چاہئے۔

عفونی تناسلی سرائیں

غیر نوعی

جن سرائتی اعمال سے تناسلی خطہ بلا واسطہ یا بالواسطہ ماؤف ہو سکتا ہے ان کی تقسیم مندرجہ ذیل طریقہ سے کی جاسکتی ہے:-

- (۱) رچی عفونت (Uterine sepsis)۔
- (۲) تسمم الدم (Toxaemia)۔
- نفاسی (Puerperal)۔
- غیر نفاسی (Non-puerperal)۔
- (ب) عفونت الدم (Septicæmia)۔
- (ج) نتیج الدم (Pyæmia)۔

(۲) حوضی التهاب خلوی (Pelvic cellulitis)۔

(۳) حوضی التهاب باریطون (Pelvic peritonitis)۔

اس عنوان کے تحت صرف وہی حالتیں آتی ہیں جو عام ریمز اعضوں کی سرائت سے پیدا ہوتی ہیں۔ نوعی جراثیم سے پیدا شدہ سرائتوں کا ذکر اگلے باب میں کیا جائے گا۔ یہاں ہم جراثیم کے دو گروہوں کا ذکر کریں گے۔ (۱) گند خور جراثیم (ناہوا باش) گندیدگی غیر مرض) جن سے گندیدگی زاعمال پیدا ہوتے ہیں اور جو مردہ یا انفالی بافتوں پر پوش پاتے ہیں، اور (۲) ریمز (مرض) یوزندہ بافتوں پر زندگی بسر کرتے ہیں۔ یہ تقسیم اگرچہ مسلمہ ہے لیکن یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ غیر مرض عضویوں میں مرض بننے کی اور مرض عضویوں میں غیر مرض بننے کی استعداد موجود ہوتی ہے۔ جو جراثیم گندیدگی زاعمال میں پائے جاتے ہیں وہ بہت اختلاف پذیر ہیں۔ ان میں سے بعض عصیات ہیں اور بعض نباتات۔ سب سے زیادہ مشہور و معروف قسم کثیر الاشکال عصیہ عمومی (bacillus proteus vulgaris) ہے۔ گند خور عضویات (saprophytes) زرخوں کے افزائت، ریزینی فواضل، مشیمہ کے مکڑوں، محبوس نفاس، تنخر عضلی سلعات اور سرطانات میں نشو و نما پاتے ہیں۔ اور جس مادہ سے یہ غذا حاصل کرتے ہیں اس کو اپنی بالیدگی سے تباہ کر دیتے ہیں، اور ان سے ایسے کیمیائی اجسام طیار کرتے ہیں جو بطور سموم فعل کرتے ہیں۔ ایسے اجسام جب جسم میں وباؤ کے زیر اثر محبوس ہو جاتے ہیں، جیسا کہ کسی بند تاجیہ یا کہفہ میں، تو منجذب ہو جاتے ہیں، جس سے ایک قسم کا حموی رد عمل پیدا ہو جاتا ہے، جو گندیدگی زافرازات کے لئے نکاس بنادینے کے ساتھ ہی زائل ہو جاتا ہے۔ جو سربر یا قی کیفینیں گند خور عضویات سے پیدا ہوتی ہیں ان کو گندیدگی خون (sapraemia) یا تسیم الدم (toxæmia) یا گندیدہ تسیم (putrid intoxication) کی اصطلاحات سے تعبیر کیا گیا ہے۔

259 دونوعی عضوئے ایسے ہیں جو اپنے طرز عمل میں گند خور عضویات کے مشابہ ہیں۔ یعنی دفتھیریا (diphtheria) اور کزاز (tetanus) کے عصبی۔ یہ عضوئے ساخوں میں دو تک نفوذ نہیں کرتے بلکہ ان کے اثرات الہا کے سموم کے جذب ہونے سے پیدا ہوتے ہیں۔ اعضاء تناسل کا دفتھیریا بہت نادر و لوقوع ہے اور ان کا کزاز نہایت ہی

شاذ طور پر پایا جاتا ہے، اور اس لئے ان امراض کا آئندہ ذکر نہیں کیا جائے گا۔
 ریم زائٹیم اپنا فعل سموم کے پیدا کرنے سے بھی کرتے ہیں، مگر یہ سموم جھمکی
 زندہ بانٹوں ہی میں پیدا ہوتے ہیں جن میں جراثیم پرورش پاتے ہیں۔ جو امراض اس طرح
 پیدا ہوتے ہیں وہ ان امراض سے زیادہ شدید اور زیادہ خطرناک ہیں جو عضویوں کی
 گندیدگی زائٹیم خور جماعت سے پیدا ہوتے ہیں۔ ریم زائٹیم سے ایک صادق سرائٹ
 پیدا ہوتی ہے جس کی نہایت قشری حالت کو خالی قسم (intoxication) سے تیز کرنے
 کے لئے عمومی عفونت (general sepsis) یا جراثیمہ و موبیت (bacteremia) یا
 عفونت الدم (septicemia) کے ناموں سے بیان کیا جاتا ہے۔

جن جراثیم سے عفونت الدم پیدا ہوتی ہے وہ صرف چند ہی ہیں۔ ان میں سے
 سب سے زیادہ خطرناک خون پاش نبقات سجمیہ (haemolytic streptococci)
 ہیں۔ اکثر واقعات میں تنہا نبقات سجمیہ ہی پائے جاتے ہیں، مگر اس سے کم کثرت کے ساتھ
 مخلوط سرائٹ بھی پائی جاتی ہے جس میں نبقات سجمیہ دیگر جراثیم کے ساتھ موجود ہوتے ہیں۔
 جو نبقتہ سجمیہ اعضائے تناسل کی عفونی سرائٹوں میں عام طور پر پایا جاتا ہے وہ خون پاش
 یا ریم زائٹیم سجمیہ ہے۔ اس عضویہ کی شکلیات اختلاف پذیر ہے۔ بعض اوقات یہ چھوٹی لچھوٹی
 یا لمبی لمبی زنجیروں کی شکل میں اور بعض اوقات دو نبقتہ (diplococcus) کی شکل میں
 موجود ہوتا ہے۔ اس کی قشریت زیادہ تر اس کے خون پاشش خواص پر منحصر ہوتی ہے۔
 بعض نبقات سجمیہ فی الحقیقت خون ناپاش ہوتے ہیں اور بعض ناگہانی تبدل (mutation)
 سے خون پاشش ہو جاتے ہیں، یعنی پہلے ایسا معلوم ہوتا ہے کہ ان میں خون پارشیدگی کی
 استعداد موجود ہے، اور پھر یہ استعداد غائب ہو جاتی ہے، اور یہ خون ناپاش نبقات
 بن جاتے ہیں۔ مزید برآں ان کی خون پاشش استعداد کا ان کی شکلیاتی اختلاف پذیر
 یہ قطعاً کوئی انحصار نہیں۔ اس میں کچھ شبہ نہیں کہ خون پاش نبقات سجمیہ حلی نفاسیہ کے
 خفیف اقسام کی نسبت اس کی شدید قسم میں زیادہ کثرت سے پائے جاتے ہیں (لاکھارٹ)۔
 اگرچہ ریم زائٹیم سجمیہ (Streptococcus pyogenes) نوعی عضویہ نہیں، لیکن
 ایسا معلوم ہوتا ہے کہ مقامی ماحول سے اس کے صد آفرینی (antigenic) خواص تبدیل
 ہو جاتے ہیں جس سے اس کی مختلف نسلیں مثلاً نفاسی، قرمزیتی، اور سرخباوی ایک دوسری

مميز ہو جاتی ہیں اور یہ تمیز ایکو ٹیٹین کے انجذاب سے کی جاسکتی ہے (ایگلز: Eagles)۔
 نبقات سبجیہ (دونوں ہوا باش اور ناہوا باش) کے مقابلہ میں دیگر جراثیم نفاسی عفونت کے
 پیدا کرنے میں ایک ذیلی فعل سر انجام دیتے ہیں۔ اور اسکے علاوہ جو جراثیم پائے جاتے ہیں وہ
 نبقہ عینیہ ذہبی (staphylococcus aureus)، عمومی قولونی عصیبہ (bacillus coli
 communis) (جو اکثر نبقات سبجیہ کے ساتھ موجود ہوتا ہے)، گیس آفرین کیسہ دار عصیبہ
 (bacillus aerogenes capsulatus) اور نبقہ سبجیہ برانزی (streptococcus
 faecalis) ہیں۔

یہ ثابت کرنا غیر ممکن ہے کہ آیا کوئی جراثیم صرف سرائت پیدا کرنے ہی کی قابلیت
 رکھتا ہے یا صرف تنسم پیدا کرنے ہی کی۔ کسی خاص حالت کے خطرناک ہونے کا فیصلہ موجود
 جراثیم کی نسل کی تشبیت اور بافتوں کی مزاحم قوتوں سے کیا جاتا ہے۔ اور یہ ثابت کیا جا چکا ہے
 کہ اس لحاظ سے نبقہ سبجیہ میں نہایت شدید درجہ کی تشبیت موجود ہے، لیکن یہ امر بھی یقینی ہے
 کہ قولونی عصیبہ (B. coli) تنسم اور سرائت دونوں پیدا کرتا ہے۔
 غیر نوعی مرض جراثیم کی بالیدگی کے لئے کسی زخم یا مردہ بافت یا افزاد کا وجود بالعموم
 لازمی ہوتا ہے۔ بخلاف اسکے ذوق تصیر یا 'ہککۃ النغم' (noma) 'تذرن' 'سوزاک' اور 'آتشک'
 جیسے امراض کے نوعی جراثیم کے متعلق یہ معلوم ہوتا ہے کہ یہ کسی مقامی ضرر کی عدم موجودگی
 میں عمیرات (colonies) بنا سکتے ہیں۔

260 غیر نوعی ریم زاج جراثیم تناسلی خطہ تک ان خراشیدہ گیوں یا زخموں میں سے پہنچتے
 ہیں جو اصابت کی اکثریت میں دوران وضع حمل یا دوران اسقاط میں پیدا ہوتے ہیں۔ یہ
 بالعموم یا تو سانس کے ذریعہ سے یا قبالت گریا قابلہ کے ہاتھوں یا اوزاروں کے ذریعہ سے داخل
 ہوتے ہیں۔ زیادہ شاذ طور پر سرائت خود زاد ہوتی ہے اور ان ریم زاعضویات کی موجودگی کا
 نتیجہ ہوتی ہے جو تناسلی خطہ میں وضع حمل سے پہلے یا اس کے دوران میں موجود ہوتے ہیں۔
 لہذا عفونتی سرائت کے علامات اکثر اوقات نفاس کے پہلے دنوں ہی میں نمودار ہوتے ہیں۔

لہ نفاسی عفونت الدم کی ایک نہایت ہی قبیح حالت میں خون سے نبقات عینیہ ذہبی کی خالص کاشتیں حاصل
 ہوئیں۔ یہ مریضہ ہم میں سے ایک (سی۔ ایل) کے زیر علاج تھی۔

عفونتی سرائت رحم کی دست ورزیوں اور اس پر کئے گئے عملوں مثلاً جرت (curettage) اور مجسمہ کے گزرنے کے بعد بھی واقع ہو جاتی ہے۔ نیز یہ سرطان اور قحط عضلی سلعحات کی حالتوں میں بھی دیکھی گئی ہے۔ لہذا اگر ہم اس عارضہ کو (۱) نفاسی عفونتی سرائت اور (۲) غیر نفاسی عفونتی سرائت میں تقسیم کر دیں تو سبجا ہو گا۔ اور چونکہ یہ تقسیم سریریاتی نقطہ نظر سے موزوں ہے اس لئے اکثر اسی کا تتبع کیا جاتا ہے۔

نفاسی عفونتی سرائت کا ذکر علم القبالت کی درسی کتابوں میں کیا گیا ہے، لیکن جہاں تک مزاولت فن کا تعلق ہے اس عارضہ کا علاج اکثر اوقات ماہر امراض النساء کو بھی کرنا پڑتا ہے۔ لہذا اس کا ذکر یہاں ان سرائتوں کے ہمراہ کیا جائے گا جو غیر نفاسی ہیں اور اس لئے خالص طور پر نسائی حیثیت رکھتی ہیں۔

تسم الدم یا تسم

(TOXAEMIA OR INTOXICATION)

(مترادف۔ گندی گئی خون : Sapræmia)

نفاسی تسم الدم (Puerperal Toxaemia)۔ یہ حالت زمانہ نفاس میں اور اسقاط کے بعد اکثر پائی جاتی ہے۔ رحم میں شیمی بافت یا نفاسی مواد کے محسوس ہو جانے سے ناہواہش گندیگی زاگندہ خور عضویات (anaerobic putrefactive saprophytes) کو بالیدگی کے لئے ایک موزوں ترین مسکن (nidus) مل جاتا ہے۔ گندیگی زاعمل سے جو علامات پیدا ہوتے ہیں وہ شدت میں درجہ انخذاب کے متناسب ہوتے ہیں، اور یہ امر سببیت کی کارگر ہی کے بالعکس تناسب سے اختلاں پذیر ہوتا ہے۔ چنانچہ جب گندیہ بافتیں رحم میں موجود ہوتی ہیں تو ان سے اس حالت کی نسبت جبکہ تحلیل ہونے والا مادہ مہبل میں موجود ہو زیادہ تسم پیدا ہوتا ہے، کیونکہ مہبل سے مواد زیادہ آسانی کے ساتھ خارج ہو جاتا ہے۔ نفاسی رحم کے اندر گندیگی کے عمل کے موجود ہونے کا رحم پر یہ اثر ہوتا ہے کہ انتفاہ میں تاخیر ہو جاتی ہے، اور یہ عضو کثیر الجسم اور پیلپار ہوتا ہے، اور نرم

ہونے کی وجہ سے دررجمی دست و رزیوں کے دوران میں آسانی دریدہ ہو جاتا ہے، اور یہ ایک ایسا امر ہے جس کا خاص طور پر ضرور خیال رکھنا چاہئے۔ دروں رحمہ دبیز اور اغشائی (sloughy) ہوتا ہے، اور بدبو دار مواد سے پوشیدہ ہوتا ہے۔ خون کا منظم ٹھکا، اغشیہ، یا مٹیمہ کے ٹکڑے زیر تحلیل حالت میں عام طور پر موجود ہوتے ہیں۔ یہ کیفیت گندیہ نفاسی دروں رحمی التهاب (putrid puerperal endometritis) کے نام سے موسوم کی گئی ہے۔

خردین سے امتحان کرنے پر کھنڈہ رحم کی طرف سے باہر طرف مندرجہ ذیل ساختیں دکھائی دیتی ہیں:- (۱) متخربافت کی ایک دبیز تہ جو فائبرینی مادہ سے مرکب ہوتی ہے اور متخردوں رحم کے باقی ماندہ حصوں پر واقع ہوتی ہے، اور جس میں عضویئے موجود ہوتے ہیں، (۲) ایک عربض منلقہ جس میں سفید غلیوں کی درریش پائی جاتی ہے، (۳) تہیج عضلہ جو درریش سے مبرا اور عضویوں سے آزاد ہوتا ہے۔ سفید غلیوں کی اسی عربض سد محافظہ پر نفاسی گندیہ کی خون کے اثرات کے سریح الزوال ہونے کا انحصار ہے۔ اور اس کا اثر سریری نقطہ نظر سے اس امر سے ظاہر ہوتا ہے کہ رحم کے استقصاء اور اس کے نامناسب جرف (curettage) سے تسم الدم بالعموم شدید ہو جاتا ہے، اور قشریرہ (rigor) پیدا ہوتا ہے اور بعض حالتوں میں مرض کی نوعیت بھی بدل جاتی ہے اور عمومی سرائت یا عفونت الدم (septicæmia) کی ابتدا ہو جاتی ہے۔ اس قسم کی سریری شہادت سے ہمیں یہ سبق ملتا ہے کہ گند خور عضویوں اور ریم زاجرا تیم کے درمیان کوئی واضح اور ممیز فرق قائم کرنا خطرناک ہے، اور دررجمی عفونت کے ہر ایک واقعہ میں سرائت خون کے امکان کو ہرگز نظر انداز نہ کرنا چاہئے۔ اور یہ ایک حقیقت ہے کہ اس امر کا فیصلہ کرنے میں اکثر اوقات بہت وقت پیش آتی ہے کہ آیا کسی معینہ حالت میں محض تسم الدم موجود ہے یا سرائت خون۔

261

جب اس امر کا یقین ہو جائے کہ رحم خالی ہے تو جب تک کہ مواد آزادی سے خارج ہو رہا ہو دررجمی علاج غیر ضروری ہوتا ہے۔ اور ضرورت صرف اتنی ہی ہوتی ہے کہ موثر و مکمل سیلیت قائم کر دی جائے۔ گندیہ کی خون کی خفیف سی حالتوں میں دررجمی استقصاء کی شاذ و نادر ہی ضرورت پڑتی ہے۔ گندیہ کی خون کے علاج پر رجمی عفونت کے عمومی علاج کے ساتھ بحث کی جائیگی (دیکھو صفحات 265 تا 270)۔

غیر نفاسی تسم الدم (Non-puerperal Toxæmia)۔ اگرچہ گندیہ کی خون

بیشتر حالتوں میں نفاسی اعمال کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے مگر بعض نسائیاتی حالتوں میں بھی اس کے پائے جانے کا امکان ہے۔ سخت مخاطی لینی عضلی سلعاست (submucous fibromyomata) باسانی سرانت قبول کر لیتے ہیں۔ یہ اکثر اوقات اپنی رسد خون کے ناقص ہونے کی وجہ سے تخریب یافتہ ہوتے ہیں اور دوران حیض میں مقامی حالات جراثیم کے کہفہ رحم پر حملہ کرنے کے موافق ہو جاتے ہیں۔ یہ سلعاست کہفہ رحم اور مہبل کے درمیان بذات خود راستہ کھولنے کی طرف مائل ہوتے ہیں اور بالید کے باہر نکلنے کے دوران میں اس کا قطب زیرین بعض اوقات مضنوق ہو جاتا ہے اور اس میں اغاثات واقع ہو جاتا ہے۔ سخت مخاطی عضلی سلعہ میں اغاثات کے واقع ہونے یا نہ ہونے کا انحصار زیادہ تر اس کے کیس کے سالم ہونے پر ہے۔ ایسی حالتوں میں رحمی مجسہ کے گزارنے یا جرف سے جو کسی خراشید گیا پیدا ہوتی ہیں ان سے قنجر عضلی سلعہ معرض سرانت میں آ جاتا ہے۔ اغاثات پذیر رحمی بالیدوں کی موجودگی کی حالت میں درجہ شتم کا انحصار مسیبلت، بالیدگی کی جاسمت اور اس کے اغاثات کی وسعت پر ہوتا ہے۔ ایسی حالتوں کا علاج انقاف (enucleation) برتا مہبل ہے۔

عقن کے سرطان کی حالتوں میں بعض اوقات قنابل عقن اتنی مکمل طور پر بند ہو جاتی ہے کہ دروں رحمی افراز خارج نہیں ہو سکتا۔ اس حالت سے استسقاء رحم (hydrometra) پیدا ہو جاتا ہے جس میں آن جراثیم سے سرانت بسرعت شروع ہو جاتی ہے جو تخریب یافتہ سرطانی بالید میں ہمیشہ موجود ہوتے ہیں۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ رحمی اجتماع ریم (pyometra) اور عفونی انجذاب کے امارات پیدا ہو جاتے ہیں (دیکھو صفحات 418 تا 420)۔

اگرچہ اس امر کے بیان کرنے میں تکرار کا اندیشہ ہے مگر یہ کہنا ضروری ہے کہ رحمی مجسہ کے گزارنے سے عفونی دروں رحمی التهاب کے پیدا ہونے کے باعث بار بار شتم پیدا ہو چکا ہے۔ سینین حال میں ان اجسام غریبہ سے بھی اسی قسم کا نتیجہ پیدا ہو چکا ہے جو امتناع استقرار حمل کے لئے رحم میں داخل کئے جاتے ہیں مثلاً "وش بون" رحمی فرزجہ اور "گرین برگ" کا حلقہ (دیکھو صفحات 213 و 214)۔ کہفہ رحم میں جب زنک کلورائیڈ (zinc chloride) اور درخان خیز نائٹرک ایسڈ (fuming nitric acid) کے سے کایات اور تیز دافعات عفونت لگائے جاتے ہیں تو ان سے تخریب پیدا ہو سکتا ہے جس سے عفونی انجذاب شروع ہو جاتا ہے۔

گذشتہ زمانہ میں بیش گرمائی بھاپ سے ”گئی بالاجزہ“ (”atmocausis“) کرنے پر بھی مات بالعموم پیدا ہو جاتی تھی اور زمانہ حال میں ریڈیئم اور برقی حرارت رسانی (diathermy) کے سے جدید معالجاتی عوامل کے نامناسب استعمال سے اس قسم کا اثر پیدا ہو سکتا ہے۔

سب سے آخر میں قسم ان اجتماعات خون کے سرایت زدہ ہونے سے بھی پیدا ہوتا ہے جو مہبل، رحم، فلوپیائی اور ڈگلس کی جیب میں موجود ہوں۔ اس قسم کے اجتماعات خون میں جیسے کہ تناسلی خطہ میں پائے جاتے ہیں یاہر سے سرایت واقع ہونے کا خطرہ نہیں ہوتا لیکن اگر مہبل اجتماع الدم (haematocolpos) کا علاج ناکافی میلیت سے کیا جائے تو سوراخ بعض اوقات بند ہو جاتا ہے اور مہبل اجتماع ریم (pyocolpos) پیدا ہو جاتا ہے۔

جو قسم خلوی التهابی رشحہ (cellulitic exudate) کے تھپ سے پیدا ہوتا ہے اس کا بیان حوضی خلوی التهاب کے عنوان کے نیچے کیا جائیگا (دیکھو صفحہ 276)۔

علاج۔ آئندہ یہ معلوم ہو جائے گا کہ غیر نفاسی گندیدگی خون کا علاج زیادہ تر جراحی ہے اور سب کے رفع کرنے، مثلاً متخثر عضل سلعہ کو دور کرنے اور موثر میلیت وغیرہ قائم کرنے پر مشتمل ہے۔

عفونت الدم

(SEPTICÆMIA)

282

جو کچھ پہلے کہا جا چکا ہے اس سے یہ سمجھ میں آ گیا ہوگا کہ قسم الدم اور سرایت الدم میں سویری طوبہ پر کوئی واضح اور مبینہ فرق قائم کرنا اکثر ناممکن ہوتا ہے۔ دراصل معلوم ایسا ہوتا ہے کہ یہ سوال کیسے تفویق کی جائے گی تفریق کا ہے اور گندیدگی زرا عمل صادق عفونت الدم کی شکل اختیار کر سکتا ہے۔ بعض حالتوں میں مرضی عمل شروع ہی سے صادق سرایت الدم ہوتا ہے۔ اس قسم کی حالت تقریباً ہمیشہ نفاسی الاصل ہوتی ہے، لیکن جیسا کہ گندیدگی خون (sapremia) میں ہوتا ہے اسی طرح عفونت الدم میں بھی عضویات عملیتی زخموں سے یا ان خراشیدگیوں کے راستہ سے داخل ہو سکتے ہیں جو اچھوڑے گزرنے سے پیدا ہوئی ہوں۔ وہ جلی مقامی ضررات جو نفاسی سرایت کے ساتھ پائے جاتے ہیں یہاں تشہیر کی ترتیب سے

بیان کئے جائیں گے۔

فرج۔ نفاسی سرائت کی شدید حالتوں میں فرج پر بالعموم قرعے موجود ہوتے ہیں، جن کی سطح میل کی خاکستری مائل سبز ہوتی ہے، اور یہ ریخی مواد سے تر ہوتے ہیں۔ ان کے ارد گرد پیش دمیت کا ایک منطقہ موجود ہوتا ہے اور اکثر تہنج بھی موجود ہوتا ہے جو سفز تین صغیر پر



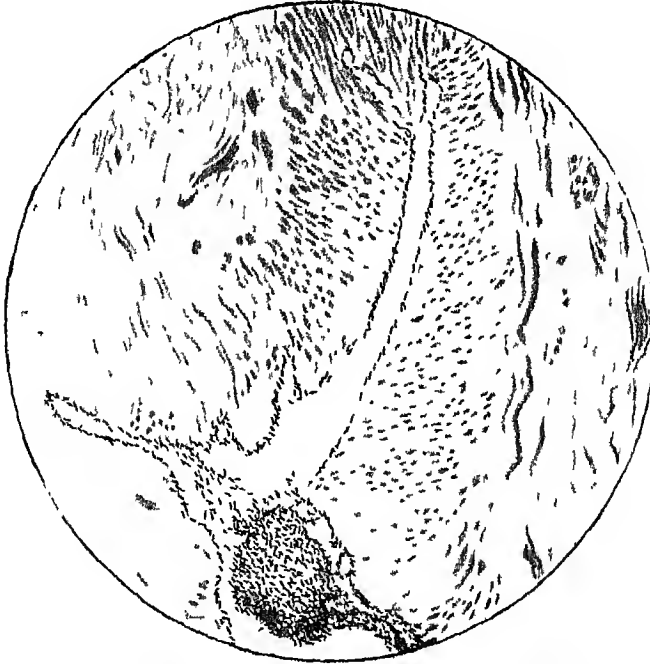
شکل ۱۶۰۔ یہ دروں رحمہ نفاسی عفونت الدم کے ایک اصابہ سے لیا گیا ہے جس میں موت واقع ہو گئی تھی۔ اس میں مندرجہ ذیل ساختیں دکھائی دیتی ہیں: (۱) بے قاعدہ اریکی بانٹ کی ایک سطح (۲) ایک سفید غلیظ منطقتہ جس میں مستحقوق موجود ہیں (۳) ایک رچی غدہ جس کا سرحد جزوی طور پر تباہ ہو گیا ہے۔

خاص طور پر نمایاں ہوتا ہے۔ اس قسم کے عفونتی قرحوں کا عام ترین محل وقوع مویج مہبل کا منخر حصہ ہے، اور یہ عام طور پر وضع حل سے پیدا شدہ شقاقات اور خراشیدگیوں میں پیدا ہوتے ہیں۔ ان سے مقامی درد اور آلیمت پیدا ہوتی ہے، اور پیشاب کرنے کے دوران میں بہت سی تکلیف

محسوس ہوتی ہے۔

مہبل۔ جو زخم دریدہ عنق سے یا عجمانی دریدگیوں سے بیکر مہبل تک پہنچ جاتے ہیں ان کے عفونت زدہ ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ طویل المدت وضع حل سے پیدا شدہ کوئی بھی کی وجہ سے مہبل کی مقدم دیوار پر تخری رقبہ جاتا ظاہر ہو جاتے ہیں جن کی وجہ سے اغشاث پیدا ہو جاتا اور ناسور (fistula) بن جاتا ہے۔ نفاسی سرائت کے اصابت میں بعض اوقات مہبل کی وسیع دریدگیاں دیکھنے میں آتی ہیں جو ر کی مستقیم حفرہ (ischio-rectal fossa) کے اندر تک

263



شکل ۱۱۔ یہ تراش اسی جگہ کی عضل دیوار میں سے لی گئی ہے جس سے سابقہ تصویر کا دروں حصہ لیا گیا ہے۔ اس تراش میں ایک لمبی عرق دکھائی دیتا ہے جس میں عصیہ ہاومہ (Bacillus perfringens) کے غیر موجود ہیں۔ یہ عصیہ حرکت پذیر گرام مثبت اور ناہوا باش ہے اور ۱۰/۱۵ میکرون میں دے یون (Veillon) اور زوبر (Zuber) نے انگریں کی حالتوں میں اس کا انکشاف کیا تھا۔

چلی جاتی ہیں۔ ایسے ضرر کو مکمل سیلیت اور کئی مرتبہ صاف کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ جب عجمانی

دریدگی میں عفونت پیدا ہو جائے تو دو وقتوں کو فوراً دور کر دینا چاہئے اور زخم کو اچھی طرح سے کھولنے کے بعد ہائیڈروجن پراکسائیڈ (۱۰ او اے) سے بار بار اس کی آبپاری کرنا چاہئے اور گلیسرین یا گلیسرین اور ایکریٹیلوین (۵۰۰ میں ۱) یا ڈیٹول ("Dettol") میں گاز تر کر کے اس سے اس کا تنکبہ کرنا چاہئے۔

عشق رحم۔ بعض اوقات عشق کی دریدگیاں سرائت زدہ ہو جاتی ہیں اور ان میں عشا پذیر قروح بجاتے ہیں۔ اس قسم کی حالت تقریباً ہمیشہ اس امر پر دلالت کرتی ہے کہ ایسی ہی عفونت کہفہ رحم میں بھی موجود ہے۔

رحم۔ سرائت کا اولین محل بالعموم یہی ہوتا ہے۔ اور اس کی جسامت تاریخ نفاس کی تناظر ہوتی ہے اور یہ کبیر الجسم نہیں ہوتا جیسا کہ گندیدہ شحم میں ہوتا ہے۔ اس کی دیواریں نرم اور پلیدی ہوتی ہیں اور بعض اوقات اس کے کہفہ میں خالی آنکھ سے کوئی غیر معمولی شے نظر نہیں آتی، یعنی نٹھکا یا شیمی ساخت موجود نہیں ہوتی، اور سطح پر کوئی غشیہ (slough) دکھائی نہیں دیتا۔ خروبین سے امتحان کرنے پر جو تغیرات دیوار ہائے رحم میں دکھائی دیتے ہیں وہ ان تغیرات کے متضاد ہوتے ہیں جو شحم الدم میں دیکھنے میں آتے ہیں، اور اس حالت کو سرائتی دروں رحمی التهاب (infective endometritis) سے موسوم کیا گیا ہے۔ سفید کرووی

منطقہ جو گندیدگی خون کے گندیدہ دروں رحمی التهاب (putrid endometritis) میں بخوبی نمایاں ہے اور دبیز ہوتا ہے وہ عفونت الدم کے سرائتی دروں رحمی التهاب میں ناقص المنو اور بٹلا ہوتا ہے، اور یہ درحقیقت اتنا پتلا ہوتا ہے کہ حملہ آور عضویوں کو محدود کرنے کیلئے کارگر ثابت نہیں ہو سکتا۔ لہذا انہو خرا لہذا نہ صرف دروں رحمہ ہی میں پائے جاتے ہیں بلکہ ان کا مظاہرہ مناسب تو مشابہہ سے رحم کے متہیج عضلی نظام میں بھی کیا جاسکتا ہے (دیکھو شکل ۱۱۱)۔ ان کے علاوہ سفید کرووی کا ایک راستہ بھی پایا جاتا ہے جو پیچھے کی طرف سفید کرووی منطقہ کے کسی کمزور مقام تک چلا جاتا ہے۔ عضویوں کے حملہ کار اس نہ ہی ہوتا ہے۔ بعض حالتوں میں عضویوں کے عضلہ پر حملہ آور ہونے کی کوئی ایسی شہادت موجود نہیں ہوتی جو خالی آنکھ سے دکھائی دے۔ مگر گاہے گاہے عضلہ رحم میں ایک یا متعدد دخراج بن جاتے ہیں۔ شاذ و نادر مثالوں میں عضلہ کے سالم رقبہ جات گنگرینا زدہ ہو جاتے ہیں اور چھوٹے چھوٹے قطعوں یا بڑے بڑے ٹکڑوں کی شکل میں گر جاتے ہیں۔ اس حالت کو قلعیتی دروں رحمی التهاب (metritis)

(dissecans) کے نام سے تعبیر کیا گیا ہے۔

اُس رقبہ کے عروقِ خون جو اس مقام کا متناظر ہوتا ہے جہاں سے حمل شروع ہوا علقیت یافتہ پائے جاتے ہیں، اور اس امر کا اطلاق مشیمی موضع پر کے وریدی جوفوں پر اور عنق کی دریدگی (جب کبھی یہ موجود ہو) کے ارد گرد کے عروق پر بھی ہوتا ہے۔ ان علقوں کی سرائت سے اس انتشار پذیر عفونتی علقی التهاب ورید (septic thrombo-phlebitis) کی توجیہ ہوتی ہے جو بیضی، رجمی اور حرقشی وریدوں میں اس کثرت سے پایا جاتا ہے۔

رجم سے سرائت اس کی دیواروں میں گذر کر حوضی خلوی بانفت، باریطون، فلوپی ٹلیوں اور بیضین تک پہنچ سکتی ہے باریطون کی سرائت التهابی عمل کے، اُن عروقِ لف اور عروقِ شعریہ میں سے عموماً براہ راست پھیلنے سے عمل میں آتی ہے جو رجم کے عضلی نظام میں پائے جاتے ہیں۔ سرائت فلوپی ٹلیوں کے راستہ سے باریطون تک خلافت توقع بہت کم منتشر ہوتی ہے۔ مطالعہ کنندہ کی توجہ ایک دفعہ پھر اس امر کی طرف منطقت کی جاتی ہے کہ نام نہاد نفاسی عفونت الدم کی بہت سی مہلک حالتوں میں جو امراضیاتی نقشہ ارحام میں دکھائی دیتا ہے وہ ان مناظر کا ایک مجموعہ تصور کیا جاسکتا ہے جو نام نہاد ”گنبدیدہ“ اور ”سرائتی دروں رجمی التهابات“ میں پائے جاتے ہیں۔ اس قسم کا عفون کلاں اور زیر التفافی (subinvolved) ہوتا ہے۔ اس کی دیواریں نرم اور زردی مائل ہوتی ہیں، اور اس کی وریدیں اور وریدی جوف علقیت یافتہ ہوتے ہیں۔ اس کے کہفہ میں ایک نرم خاکستری یا سنہرے تختہ زریکی بانفت کا ایک اسپتہ موجود ہوتا ہے، اور اس میں خون کا شکست پذیر تھکا یا مشیمی فوخل بعض اوقات موجود ہوتا ہے، اور بعض اوقات موجود نہیں بھی ہوتے۔

نفاسی سرائت کے علاما اور اس کی سریری روڈا

اس عنوان کے تحت اُن دو امراضیاتی حالتوں، یعنی ستم الدم کے گنبدیدہ دروں رجمی التهاب اور عفونت الدم کے عفونتی یا سرائتی دروں رجمی التهاب کے امارات و علامات کا ذکر کیا جائے گا جن کی طرف پہلے ہی توجہ دلائی جا چکی ہے۔ سریری نقطہ نگاہ سے ان دونوں حالتوں کا سرائت رجم کے نام سے ذکر کرنے کا رواج ہے، اور چونکہ تجربہ سے یہ ظاہر ہوتا ہے

گندیدگی خون اور عفونت الدم کے اعمال اکثر اوقات اکٹھے پائے جاتے ہیں اس لئے دونوں کو اس مشترک اصطلاح سرائت سے تعبیر کرنا جائز ہے، بشرطیکہ اس امر کو نظر انداز نہ کیا جائے کہ اس کے دو اقسام ہیں۔

سرائت رحم کی ابتدا بالعموم وضع حمل کے پہلے چار یا پانچ ایام میں ہوتی ہے۔ جن حالتوں میں یہ عارضہ اس مدت کے بعد لاحق ہوتا ہے، ان میں سرائت ولادت کے اور بعد شروع ہوتی ہے۔ علامات جتنے جلد شروع ہونگے سرائت بالعموم اتنی ہی قسبی اور خطرناک ہوگی۔

مرض کی خفیف حالتوں میں پہلی علامت نبض کی رفتار کی تیزی ہوتی ہے، اور اس کے بعد تپش ۱۰۱ تا ۱۰۲ ف تگہ بلند ہو جاتی ہے۔ ساتھ ہی جبہی درد سر اور کسلان طبع کی شکایت بھی پیدا ہو جاتی ہے۔ شدید حالتوں میں یہ علامات اور پہلے نمودار ہوتے ہیں اور ان کے جلد بعد ہی تشعیر ہوتا ہے اور رفتاری نبض بڑھ جاتی ہے، اور بعض اوقات تے اور اسہال کا اضافہ بھی ہو جاتا ہے۔ غیر شدید ابتدائے زیادہ تر گندیدگی خون (sapræmia) میں پائی جاتی ہے، لیکن اس سے عفونت الدم کو مشتق نہیں کیا جاسکتا۔ اگر زمانہ نفاس کے کسی حصہ میں نبض کی رفتار میں ایسی تیزی پائی جائے جو برقرار رہے، تو اس سے ہمیشہ نفاسی سرائت کا شبہ پیدا ہونا چاہئے خواہ ارتقاع پیش موجود نہ بھی ہو۔ اس قسم کی علامت کے موجود ہونے کی حالت میں نہایت محتاط امتحان کی ضرورت ہوتی ہے، اور اس کا پہلا مرحلہ ہمیشہ یہ ہوتا ہے کہ جراثیماتی مقاصد کے لئے کہفہ رحم میں سے ایک پچارا (swab) طیار کر لیا جائے۔

265

بعض اوقات رحم غیر طبعی طور پر کلائی یافتہ اور الیم ہوتا ہے اور نفاس مضطرب و بدبودار اور قبیح ہوتا ہے۔ (ایسے امارات گندیدگی خون کے گندیدہ دروں رحمی التهاب (putrid endometritis of sapræmia) کا امتیازی خاصہ ہیں۔ سخلات اس کے ایسا بھی دیکھنے میں آتا ہے کہ رحم کا التهاب طبعی ہوتا ہے، اور یہ الیم نہیں ہوتا۔ اور نفاس بدبودار اور مضطرب نہیں ہوتا، بلکہ اسکی مقدار بہت کم ہوتی ہے اور کبھی یہ غائب بھی ہوتا ہے۔ اس قسم کے جلد امارات سرائت خون یعنی عفونت الدم (septicæmia) کی طرف اشارہ کرتے ہیں، اور اس قسم کی غلط سرائت کے واقعات اکثر دیکھنے میں آتے ہیں جن میں علامات اس قدر خلاف قاعدہ ہوتے ہیں کہ تنہا سریری ذرائع سے تفریقی تشخیص نہیں کی جاسکتی۔ سادہ گندیدگی خون اور سادہ عفونت الدم

کے عمومی خصائص کا خلاصہ ذیل میں دیا جاتا ہے :-

گنبدیدگی خون کے علامات - زیادہ اہم سرسری علامات تپ، گنبدیدہ مواد اور زیر التفاف ہیں۔ دورانِ ولادت میں سرانت واقع ہونے کے تیسرے یا چوتھے دن پیش ۱۰ یا ۲۰ فٹ تک پہنچ جاتی ہے۔ اور سردی محسوس ہونے لگتی ہے، اور حقیقی قشعریرہ بالعموم نہیں ہوتا۔ رفتارِ نبض میں ارتفاع پیش کے تناسب سے اضافہ پایا جاتا ہے، اور مریضہ شدید مرض میں مبتلا معلوم نہیں ہوتی۔ رحم کی حسامت جتنی کہ چاہئے اس سے زیادہ ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ یہ عضو الیم بھی ہو۔ نفاس بدبودار اور مضطرب ہوتا ہے، اور فرجی گدی پر خون کے ان الوان (pigments) کا رنگ پایا جاتا ہے جو شکستہ سرخ خلیات سے مصل میں داخل ہوتے ہیں۔ مناسب علاج کرنے پر مرض جلد رفع ہو جاتا ہے۔ لیکن اگر علاج نہ کیا جائے تو عمومی سرانت کے پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔

عقوننت الدم کے علامات - اس عارضہ کی ابتدا بالعموم حادثہ ہوتی ہے اور یہ زمانہ نفاس کے پہلے تین دنوں میں ہوتی ہے۔ نبض کی رفتار ہمیشہ تیز پائی جاتی ہے، اور یہ درجہ تنش سے غیر متناسب ہوتی ہے۔ نبض کا حجم چھوٹا ہوتا ہے، اور شدید حالتوں میں اس کی تنش کم ہوتی ہے۔ اگر رفتار نبض ۲۰ سے اوپر قائم رہے تو یہ خطرناک ہوتی ہے۔ ابتدا میں عام طور پر قشعریرہ ہوتا ہے، اور درجہ پیش روز بروز بڑھتا جاتا ہے۔ دورانِ قشعریرہ میں یہ ۱۰.۵ - ۱۰.۶ - ۱۰.۷ فٹ ہوتا ہے۔ درجہ پیش بالعموم متقطر (remittent) قسم کا ہوتا ہے، اور کم ہو کر طبعی حد تک کبھی نہیں آتا، بلکہ اس میں روزانہ دو یا تین درجہ تک کے فترات (remissions) پائے جاتے ہیں۔ رحم نہ تو غیر مناسب طور پر بڑا ہوتا ہے، اور نہ الیم۔ نفاس قلیل المقدار ہوتا ہے، اور بعض اوقات غائب بھی ہوتا ہے اور دودھ پیدا نہیں ہوتا۔ فرج پر کبھی کبھی نفاسی قرعے بھی پائے جاتے ہیں۔ بعض اوقات جلد پر طفحات پیدا ہو جاتے ہیں جو بعض حالتوں میں احمراری مستم کے ہوتے ہیں اور شکل و شباهت اور تقسیم میں قرمز بہ کے طیف سے بہت ملتے جلتے ہیں۔ جن مریضوں میں مستم الدم بہت شدید ہوتا ہے ان میں جلد کی رنگت لیموں کی طرح زرد ہو جاتی ہے۔ زبان پیڑی دار ہوتی ہے، اور لبوں پر وسخ (sordes) جمع ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات متاخر علامت کے طور پر اسہال کا اضافہ بھی ہو جاتا ہے۔ کبھی کبھی بے خوابی بھی نمایاں ہوتی ہے۔ اور جوڑوں اور پلورائی کہفوں میں انقباضات نمودار ہو جاتے ہیں۔

انجام کار ذات الریه (لمونیا) سے اکثر موت واقع ہو جاتی ہے۔ سفید خلیات (leucocytosis) میں نمایاں کثرت پائی جاتی ہے، جس میں کثیر الاشکال نواتی سفید خلیات (polymorpho-nuclear leucocytes) کی تعداد زیادہ ہوتی ہے، اور ایوسین پند خلیے (eosinophile corpuscles) کم ہوتے ہیں۔

عقونٹ الدم کی قطعی تشخیص خون میں عضویوں کے پائے جانے سے کی جاسکتی ہے لیکن منفی نتیجہ اس امر کی قاطع دلیل نہیں کہ مرض موجود نہیں کیونکہ یہ ممکن ہے کہ دوران خون میں صرف چند جراثیم ہی موجود ہوں اور وہ وقفوں کے بعد نمودار ہوتے ہوں۔ قنغریرہ کے فوراً بعد خون میں جراثیم کی موجودگی ثابت کرنے کا سب سے زیادہ امکان ہوتا ہے۔ بہت سی حالتوں میں جرثومیاتی تشخیص صرف کہنہ رحم کے مواد میں خون پاش نبھات سمیہ (haemolytic streptococci) کی موجودگی ثابت کرنے سے کرنا پڑتی ہے۔

سراٹ رحم کا علاج

اس موضوع کی بحث کا تعلق حفظ ماقدم کی تفصیلات سے بھی ہے، اور ان کے لئے علم الولادت کی کسی کتاب کو دیکھنا ضروری ہے۔ رمی پکار سے کے جرثومیاتی امتحان اور ارتفاع پیش کے دیگر اسباب کو مستثنیٰ کرنے کے بعد جب سراٹ رحم کی تشخیص کر لی جائے تو اس امر کا انتظار کئے بغیر کہ استم الدم اور عقونٹ الدم میں تفریق کی جائے علاج فوراً شروع کر دینا چاہئے۔ اس امر کے لئے جو چند ابیر اختیار کئے جائیں گے وہ شدت علامات کے لحاظ سے مختلف ہوں گے۔ سب سے پہلے اس امر پر یقیناً زور دیا جائے کہ کم ہے کہ مناسب تیمارداری ہی جو نہایت موثر طریقہ سے انجام دی جائے علاج کا جزو لا ینفک ہے۔ اگر اس کا انتظام مریضہ کے گھر پر ہو سکے تو اسے کسی ایسے ادارہ میں منتقل کر دینا چاہئے جس میں اس کا پورا اہتمام موجود ہو، اور ہر حادثہ کا تدارک کرنے کے لئے مناسب عملہ بھی ہو۔ نفاسی سراٹ میں زیادہ تر مناسب تیمارداری پر ہی شفا یابی کا انحصار ہوتا ہے، اور اگر اس سے غفلت کی جائے تو ممکن ہے کہ یہی ناکامی کا باعث ہو۔

اگر علامات خفیف ہوں تو گرم مہلی نطول اور ارگٹ (ergot) اور مینٹانٹ کا

استعمال ہی کافی ہوتا ہے۔ مریضہ کو وضع قاولر (Fowler's position) (دیکھو صفحہ 925) میں رکھنا چاہئے تاکہ مسیلت کو مدد ملے۔ اگر ایک یا دو دن کے اندر اندر علامات میں تخفیف نمودار نہ ہو تو کہفہ رحم کی مسیلت کا انتظام کرنا ضروری ہوتا ہے۔ مسیلت کی مکمل سرخام دی میں کہفہ رحم کا جیسی استقصاء بھی شامل ہوتا ہے جو معدوم جس کے زیر اثر کیا جاتا ہے، اور اس کے لئے سخت دافع عضونت احتیاطوں کی ضرورت ہوتی ہے۔ جرنو میاتی امتحان کے لئے درجی افراز کا سپار اگر پہلے حاصل نہیں کیا گیا تو اسے اب متدرجہ ذیل طریقہ سے حاصل کر لینا چاہئے۔

جب سراثتی عمل کی قشیت زیادہ ہو، جیسا کہ یہ رفتار نبض، زیادتی تب، اور وقوع قشعریرہ سے ظاہر ہوتی ہو، تو سراثت زدہ مشیمہ یا غشا کے مضغ ٹکڑوں کو علیحدہ کرنا خطرہ سے خالی نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ تازہ خون اور لطف کے وہ مجاری جو خلیات تھیں کی درریش کے محافظ منطقہ کے باہر موجود ہوتے ہیں کھل جائیں، اور اس راستہ سے سہی مادہ کی ایک بڑی مقدار بسرعت منجذب ہو جائے، اور یا فعال طور پر نشوونما پانے والے جراثیم دوران خون میں داخل ہو جائیں جس سے یہ سراثت عمومی ہو جائے جو ابھی تک محدود المقام رہی ہے۔ رحم کے اندر حمل کے مجموعہ حاصلات کی موجودگی تقریباً ہمیشہ رحمی نزالت کا باعث ہوتی ہے، اور جب تک کہ مضطرب یا طویل المدت نزف ایک نمایاں زائد علامت نہ ہو، نفاسی سراثت کی حالتوں میں ہم یہی مناسب خیال کرتے ہیں کہ کہفہ رحم کا استقصاء ہرگز ہرگز نہ کیا جائے۔

جب رحم میں مشیمہ کے سراثت زدہ حصے باقی رہ گئے ہوں تو اس کو صاف کرنے کے لئے جو عملیہ کیا جاتا ہے اس کے لئے خاص احتیاط اور مہارت کی ضرورت ہوتی ہے۔ جب تک صورت حالات اس عملیہ کو مکمل طور پر اور مناسب جراحی احتیاطوں کے ساتھ سرانجام دینے کی اجازت نہ دے اسے ہرگز شروع نہ کرنا چاہئے، کیونکہ کسی نامکمل کوشش سے مریضہ کی حالت یقینی طور پر اور خراب ہو جائے گی، اور ممکن ہے کہ خفیف مرض زیادہ شدید صورت اختیار کر لے۔

مریضہ کو معدوم جس کے زیر اثر لاکر فرج کے بالوں کو صاف کر کے اس کا ازالہ کرنا شروع کر دیا جائے، اور مہبل کو بھی صاف کیا جائے۔ اس مقصد کے لئے ہم یا تو ایکری فلیوین

(acriflavine) کے محلول (۵۰۰ میں ۱) 'بریلیٹینٹ گرین' (brilliant green) کے انکلی محلول (۱ فی صدی) اور کرسٹل وائیولٹ (crystal violet) کے محلول (۱ فی صدی) کا استعمال کرتے ہیں اور یا 'ڈٹال' ("Dettol") کے محلول کا۔ مونزالڈ کرزائی لیبٹال (xyleneol) کے ایک ہیپلو جینی مشتق کا محفوظ الحقون نام ہے۔ کہہئے رحم میں کوئی چیز گزارنے سے پیشتر زخمی افراز کا ایک نمونہ حاصل کر لینا چاہئے جو تشخیصی مقاصد کے لئے جرنومبائی امتحان کے کام آئے، اور اگر ضرورت ہو تو اس سے بعد میں ویکسین بھی لیبار کی جاسکے۔ افراز رحم کو حاصل کرنے کے لئے بہت احتیاط سے کام لینا چاہئے، تاکہ یہ مہل اور غنقی ٹوٹ سے پاک رہے۔ اس غرض کے لئے شیشہ کی ایک پھوٹی سی عقیقہ نلی غنقی میں سے گزار دی جاتی ہے، اور اس میں سے ایک پچا راقر تک پہنچا دیا جاتا ہے۔ اس طرح رحم کے بالائی حصہ سے افراز حاصل کیا جاسکتا ہے۔ غنقی کے مصنوعی اتساع کی قاعدہ ضرورت نہیں ہوتی اور یا اگر ہوتی ہے تو بہت کم، کیونکہ زمانہ نفاس کے پہلے ہفتہ میں فم داخلی میں احتیاط سے انکشت افتادہ داخل کی جاسکتی ہے۔ بافتہائے غنقی کی دریدگی سے احتیاط سے احتراز کرنا چاہئے۔ اسکے بعد انگلی سے تمام کہفہ رحم کا استقصاء کرنا چاہئے۔ بافت کے منقسم ٹکڑے قاعدہ آسانی شناخت کئے جاسکتے ہیں، اور یہ اکثر اس حصہ پر ملتے ہیں جو مشیمہ کے محل تنصیب کا متناظر ہوتا ہے۔ دیوار رحم کا یہ حصہ اس حالت میں بھی جبکہ اس کے اندر کچھ بھی مہوس نہ ہو انگلی سے ہمیشہ کھر درا اور ناموار محسوس ہوتا ہے، اور سرجن کو اس سے ہرگز دھوکا نہ کھانا چاہئے۔ اگر رحم کے یقینی حصہ میں کوئی مہوس بافت موجود نہ ہو تو یہ چھونے سے صاف اور عموار محسوس ہونا چاہئے۔

اس کے بعد بافت کے باقی ماندہ ٹکڑے کو انگلی سے علیحدہ کرنے کی کوشش کرنا چاہئے۔ دستانہ پوش انگلی بہت کند آہ کا کام دیتی ہے، اور اس سے بافت انفصال کے قدرتی مستوی پر ہی علیحدہ ہو سکتی ہے۔ اگر اس کا انضمام امر اضیاتی ہو تو انگلی کافی نہیں ہوتی۔ اس حالت میں اس کو قلاب بیضہ (ovum forceps) سے پکڑ لیا جاتا ہے، اور اسے آہستہ سے گھما کر بافت کو الگ کر دیا جاتا ہے۔ نام نہاد "کند" جرح "blunt" (curette) دستانہ پوش انگلی سے زیادہ موثر ثابت نہیں ہوتا۔ رحم کی یقینی دیوار کو کھینچنا نہ چاہئے۔ بعض جراح اس عملیہ کو ختم کرنے سے پہلے رحم کا کسی خفیف سے واقع عفونت

مثلاً ٹنگیو رائیوڈائی (Tr. iodi) ایائنٹ پانی میں اڈام یا "ڈٹال" ("Dettol") (فیصد) یا بیشیش تفتشی محلول نمک (ایائنٹ پانی میں ۳ ڈرام نمک) سے اچھی طرح سے نطوں کر دیتے ہیں۔ آخر میں ایک کتب سنٹی میٹر پیچوٹریں (pituitrin) کا انشراب کرنے کے بعد رحم کو دونوں ہاتھوں کی انگلیوں کے درمیان پکڑ کر اس کی دلک کی جاتی ہے حتیٰ کہ اس میں انقباض ظاہر ہو جائے۔ اس سے خون دب کر باہر نکل جاتا ہے اور اس کا رسا و جو ہمیشہ بکثرت ہوتا ہے بند ہو جاتا ہے۔ بعد ازاں دیوار رحم کو خالص ٹنگیو آف آئیوڈین گلیسرین ایکری فلیوین (acriflavine) بریلیئنٹ گرین (brilliant green) اور کرکشل وائیٹ (crystal violet) یا "ڈٹال" (۱ فی صدی) کے پیمار سے صاف کیا جاسکتا ہے۔ اگر رحم میں ممبروس بافتیں نہ پائی جائیں تو اس کی دیواروں کو کسی دافع عفونت کے پیماروں سے صرف صاف کر دینا چاہئے اور اس سے زیادہ کچھ نہ کرنا چاہئے۔

رحمی عفونت میں عمل جرف (curetting) یقیناً ناجائز ہے۔ دیوار رحم کی بافتیں عفونتی التهاب میں اس قدر نرم ہو جاتی ہیں کہ محرف (curette) سے نہ نسبت اس حالت کے جبکہ بافتیں ملتہب نہ ہوں بہت موٹی و جھمیاں اتر سکتی ہیں۔ لہذا یہ ممکن ہے کہ خلیات ابیض کا محافظ منطقہ واقعی الگ ہو جائے اور تازہ خام سطح معارفہ جائے جس میں سے سرائتی مادہ بسرعت منجذب ہو جائے۔ مزید برآں ان مقامات پر کھرچنے سے کچھ فائدہ نہیں ہوتا جہاں بافتیں غریبہ موجود نہ ہوں۔ عفونتی دروں رحمی التهاب (septic endometritis) میں جو سطحی تخری تغییرات ہمیشہ پائے جاتے ہیں وہ خطرہ کا اصلی ماخذ نہیں ہوتے، کیونکہ ان تغییرات سے پیدا شدہ موادات کھلی عنق سے باسانی خارج ہوتے رہتے ہیں۔

در رحمی دست ورزی کے بعد بارہ گھنٹے کے اندر اندر کسی وقت بھی قشرہ نمودار ہو سکتا ہے۔ اس سے لازمی طور پر یہ ظاہر نہیں ہوتا کہ سراٹت نے عمومی شکت اختیار کر لی ہے، بلکہ یہ عمل علیہ سے سموم کی زیادہ مقدار کے بسرعت جذب ہو جانے سے بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ بہر کیف اگر رحم میں ان سموم کی پیدائش بند ہو جائے تو یہ بہت جلد خارج ہو جاتے ہیں، اور مریضہ کی شفا یابی میں قشرہ کی وجہ سے تاخیر نہیں ہوتی۔ حال ہی میں یہ رائے پیش کی گئی ہے کہ کہنفہ رحم میں اکیلی گلیسرین کا، یا

ایکری فلیوین یا آئیوڈین کے ہمراہ، انشراب کر دیا جائے۔ بہت سی حالتوں میں اس سے عمدہ نتائج پیدا ہوتے ہیں۔ گلیسرین کا غم گیر فعل جو اٹیم سے لے ہوئے لف کی ایک بو پیدا کر دیتا ہے جو کبھی رحم کی طرف کو بہتی ہے، اور اس طرح یہ سراست زدہ دیوار پر جم کی تسبیلیت میں مدد دیتی ہے۔ مریضہ کو وضع نشست میں رکھنا چاہئے تاکہ تسبیلیت کی تائید ہو، اور انقباضات رحم کو تحریک پہنچانے کے لئے گرم پھلی فطولات مفید ثابت ہوتے ہیں۔

جن مریضوں میں سراست "بالقوہ" موجود ہو یعنی جن میں وضع حل کی تکمیل کیلئے آلاتی دست و رزی سے، اخلت کی گئی ہو، ان میں ۲۰ کعب سنٹی میٹر داغ بنقات سببیہ مصل (antistreptococcic seurm) کا ایک حفظہ مائع قدیمی متبادل دینا ایک مفید طریقہ عمل ہے۔ جب بنقات سببیہ کی سراست واقع ہو چکی ہو تو اس مصل کی ۱۰ تا ۲۰ کعب سنٹی میٹر مقدار کا ایک دروں وریڈی انشراب ہر روز کرنا چاہئے۔ عمومی علاج کی تفصیلات میں محلول نمک کے زیر جلدی ملھی صفت (saline infusion) کا استعمال شامل ہے۔ اس سے سفید خلویت (leucocytosis) کو ترقی ہوتی ہے اور جلد اور گردوں میں ہیجان پیدا ہوتا ہے، اور اس طرح انراج سموم کی تائید ہوتی ہے۔ مثبت کاشت خون کے اصابت میں تسکین کی تجہیز استہ (نووارسینو بنزل: novarsenobenzol)؛ مرکبورو کروم (mercurochrome)؛ پیکلورائیڈ آف مرکری (perchloride of mercury)؛ ایکری فلیوین (acriflavine)؛ ایسول (eusal)؛ اور دیگر دافعات عفونت کے دروں وریڈی انشراب سے خون کو عقیقہ کرنے کی کوشش کی گئی ہے۔ ڈجین (Dudgeon) جس نے حادثہ نومی سراست کے ۳۳ اصابت میں پیکلورائیڈ آف مرکری کا اور ۱۵۰ واقعات میں مرکبورو کروم کا انشراب کیا ہے یہ رائے دیتا ہے کہ ان واقعات عفونت کا استعمال عفونتی عمل کے استنادی مدارج میں مفید ہوتا ہے۔ وہ محلول نمک میں طیار کئے ہوئے ۱۲۵۰ میں ۱ طاقت کے پیکلورائیڈ آف مرکری کے محلول کے ۵ کعب سنٹی میٹر (۱/۱۶ گرین) کا انشراب کرتا ہے، اور بارہ تا چوبیس گھنٹہ کے اندر اندر حسب ضرورت اس کا تکرار بھی کرتا ہے۔ اس کا یہ خیال ہے کہ اگر تین دن کے اندر اندر چار اثرا ثابت کرنے سے مریضہ کی حالت رویہ اصلاح نہ ہو تو اس علاج کا جاری رکھنا بے سود ہے۔ نیز وہ محلول نمک میں طیار شدہ ۲۰۰، ۵۰۰، ۵۰۰ میں ۱ طاقت کے

مرکیور و کروم (mercuurochrome) کا بھی استعمال کرتا ہے۔ ۲۰۰ میں اطاعت کے مرکیور و کروم کی ۱۰ مکعب سنٹی میٹر مقدار ابتدائی اعظم مقدار ہونا چاہئے۔ اور اگر اس سے زیادہ طاقتور معلول کا استعمال کیا جائے تو پیشاب میں خون، البیومن، اور سائیک آنا شروع ہو جاتے ہیں۔ یہاں یہ بیان کیا جاسکتا ہے کہ داعیات عفونت کے براہ راست مصل خون میں داخل کرنے سے جن مفروضہ فوائد کے حاصل ہونے کے متعلق دعویٰ کیا جاتا ہے انکی تصدیق معملی تحقیقات سے نہیں ہوئی۔ اصل واقعہ اس کے برعکس ہے، اور فلمینگ (Flaming) نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ خلیات ابض کے تضرر سے حقیقی معنوں میں نقصان پیدا ہو سکتا ہے۔ جہاں تک "یوسال" (Eusol) کا تعلق ہے فلمینگ نے یہ دریافت کیا ہے کہ اس واقعہ عفونت اور خون کو مساوی مقداروں میں ملانے سے بقیات عنبیہ (staphylo cocci) کے لئے ایک عمدہ کاشتی وسیط بن جاتا ہے، اکول برک (Colebrook) اور ہیر (Hare) نے ان دعاوی کے متعلق تحقیق کی ہے جو مرکیور و کروم کے متعلق کئے گئے ہیں۔ انہوں نے یہ معلوم کیا ہے کہ جس مصل انسان پر "مرکیور و کروم" (۰.۰۰۰-۱.۰ میں) کا عمل کیا گیا ہو اس میں خون پاش بقیات سببیہ (haemolytic streptococci) کے لئے کوئی حراشیم کش طاقت موجود نہیں ہوتی، اور یہ کہ "فائبرین بلود" (defibrinated) انسانی خون میں، اسی خون کے مقابلہ میں جبکہ اس میں مرکیور و کروم شامل نہ ہو، بقیات عنبیہ (staphylococci) کو ہلاک کرنے کی قوت بہت حد تک کم ہوتی ہے!

امریکہ میں ان سالوں میں بلا واسطہ نقل خون کا استعمال کافی وسیع پیمانہ پر کیا گیا ہے۔ پولیک (Polak) نے یہ اطلاع دی ہے کہ اس کے مفید اثرات محض تین یا چار دن تک باقی رہتے ہیں، اور اس لئے چوتھے دن اس کا تکرار کرنا ضروری ہے۔ اس نے یہ معلوم کیا ہے کہ خون کی وہ مقدار جو سب سے زیادہ موثر ثابت ہوتی ہے ۲۵۰ تا ۳۰۰ مکعب سنٹی میٹر ہے۔ کول برک (Colebrook) اور سٹورر (Storer) بھی

۱۔ Lancet, 1917, Vol. i, 341.

۲۔ Brit. Jl. Exp. Path., 1927, VIII., 109.

۳۔ Colebrook, L., Storer, E. J., Lancet, 1923, ii., 1341, also Brit.

Jl. Exp. Path., 1924, v., 47.

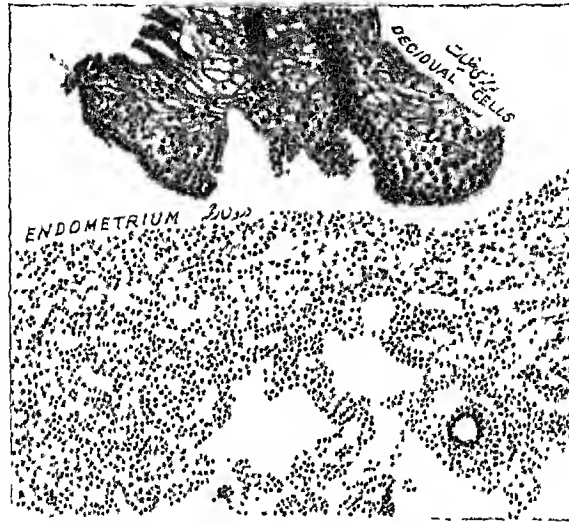
منع نقل الدم (immune transfusion) کی تعریف کرتے ہیں۔ جمع کرنے سے پیشتر معطلی کا خون فیج بنالیا جاتا ہے۔ ان کا یہ مشورہ ہے کہ خون لڈبرائن (Brine's apparatus) کے ذریعہ سے یا بندہ میں براہ راست منتقل کر دینا چاہئے، کیونکہ فائبرین ریلوڈگی (defibrination) سے ایک چوتھائی غلیات امیض علیحدہ ہو جاتے ہیں۔ ”سٹرٹامین“ خون کی برائیم کشش قوت بھی کسی حد تک کم ہو جاتی ہے۔ معطلی کو پہلے نیوکلیئین (nuclein) کا اشتراک کرنے سے سفید غلویت میں چھان بہنچا یا جاسکتا ہے۔

یہ دعویٰ کیا جا چکا ہے کہ خون پائش بنقات سجمہ کی موجودگی میں غلیات امیض اور خون کی برائیم کشش طاقت بحیثیت مجموعی نوواریسینوبیلان (novarsinobillon) (۶ و ۷) گرام ۱۰ مکعب سنتی میٹر کشید کئے ہوئے عقیقہ کردہ پانی میں (۱) کے دروں وریڈی اشتراکات سے بڑھائی جاسکتی ہے۔ یہ محلول بالکل تازہ استعمال کرنا چاہئے۔ اور اگر ضرورت ہو تو دو یا تین دن میں اس کا تکرار کیا جاسکتا ہے۔ لکر (Lüker) خون کی برائیم کش طاقت کو زیادہ کرنے کے لئے بائی کلورائیڈ آف کوئین (bichloride of quinine) کے استعمال کو پیش کرتا ہے۔ یہ غالباً سفید غلویت کے بڑھانے سے اپنا یہ مفید فعل سرانجام دیتا ہے۔ ملین بائی (Mellanby) اور گرین (Green) کے ان حالیہ مشاہدات سے کہ حیوانات میں جیاتین ”اے“ دینے سے سرائت کے لئے قوت مزاحمت سنجریہ بڑھائی جاسکتی ہے، یہ خیال پیدا ہوتا ہے کہ نفاسی سرائت میں بھی اس سے علی استفادہ کیا جاسکتا ہے۔ یہ معاملہ ابھی تک زیر تحقیق ہے، مگر جو سریری نتائج ابھی تک حاصل ہوئے ہیں وہ باوی نظر میں مایوس کن ہی ہیں۔

رحم کی نفاسی سرائت کی مکمل تفصیلات کے لئے طالب علم کو قبالت کی کوئی دہی کتاب دیکھنا چاہئے۔

مجموعی حاصلات اور نکتہ الحاد سرائت۔ یہ حالت زنگی یا استقاط کا عاقبہ ہوتی ہے جس میں سرائت بلاشبہ حصہ لیتی ہے۔ اس کے سریری خصائص مجموعی بافتوں کے رحم میں موجود ہونے یا نہ ہونے سے ایک بڑی حد تک متاثر ہوتے ہیں۔ یہ یقین کے ساتھ کہا جاسکتا ہے کہ بیضہ کے حصے سرائت زدہ ہونے کے بغیر رحم میں کئی ہفتہ تک رہ سکتے ہیں۔ اور اگر سرائت موجود بھی ہو تو یہ اتنی خفیف قسم کی ہوتی ہے کہ سریری لحاظ سے اسے

نظر انداز کر دیا جاتا ہے۔ سب سے بڑی علامت بے قاعدہ قسم کا نزف ہوتا ہے جو بالعموم کم و بیش مسلسل ہوتا ہے اور اس کی مقدار اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ مریضہ جلد ہی عظیم الدم ہو جاتی ہے اور ممکن ہے کہ اس کی یہ حالت صرف نقصان خون ہی سے منسوب کی جاتی ہو۔ عام طور پر خفیف سی تپ بھی پائی جاتی ہے، مگر اس امر میں کچھ شبہ نہیں کہ ادنیٰ درجہ کی قشیت مرض کا ایک اہم عنصر ہوتی ہے۔ ایسے مریض بافت کے مجسوس ٹکڑوں کو دور



شکل ۱۷۲۔ رحم سے حاصل کردہ بافت جو ”مجسوس حاصلات“ کے ایک اسباب سے لی گئی ہے۔ ریزیجی بافت کا ایک ٹکڑا دروں رحمہ کی سطح پر دکھائی دیتا ہے۔

کرنے سے جلد شفایاب ہو جاتے ہیں۔ اور ان کو دور کرتے وقت ان احتیاطوں کا خیال رکھنا چاہئے جن کا ذکر گزشتہ باب میں کیا گیا ہے۔ بعض اوقات ایسا بھی ہوتا ہے کہ اس قسم کے کئی ایک اسباب میں رحم میں کچھ بھی مجسوس نہیں ہوتا اور کس حالت میں نزف نمایاں علامت نہیں ہوتا۔ ایسے مریض املاص (miscarriage) کے وقت سے لیکر خون آلود مواد کے سیلان، داخلی درد اور درد مکر کی شکایت کرتے ہیں جو جہد سے زیادہ شدید ہو جاتے ہیں اور علامت کے کم و بیش

عمومی احساس کی بھی ان کو شکایت ہوتی ہے۔ شفا خانہ کے علاج سے استفادہ کرنے والے طبقہ کی عورتیں اپنے آپ کو اتنا زیادہ طویل تصور نہیں کرتیں کہ لیٹی رہیں، بلکہ علاج کیلئے خارجی مریضوں کے شعبہ میں آتی ہیں۔

امتحان کرنے پر یہ معلوم ہوگا کہ عنق بند ہے، اور جسم رحم اگر زیادہ نہیں تو ایک معین حد تک بڑھا ہوا ہے۔ واقعات کی ایک معتد بہ تعداد میں ایک طرف کے یا دونوں اطراف کے نیمہ جات الیم ہوں گے، اور بعض اوقات ڈگلس کی حیب میں مسقوط پائے جائیں گے۔ رحم اکثر بیں گردیدہ ہوتا ہے لیکن ہمیشہ ایسا نہیں ہوتا۔ منظار سے امتحان کرنے پر عنق سے ایک محاطی قیمی مواد خارج ہوتا ہوا دکھائی دیتا ہے جس پر بعض اوقات ایک شوخ سرخ نازلی تاہل تک بھی موجود ہوتا ہے۔ نیز دیوار ہائے مہبل کی رنگت بھی اکثر گہری سرخ ہوتی ہے، مگر یہ شاذ و نادر ہی الیم ہوتی ہیں۔ املاص (miscarriage) کے بعد کے پہلے چند ہفتوں میں غور سے مشاہدہ کرنے پر اکثر اوقات خفیف اور بے قاعدہ ارتفاع پیش بھی پایا جاتا ہے۔

اس قسم کے واقعات کو پہلے ”زیر التفاف“ (sub-involution) کے نام سے موسوم کیا جاتا تھا۔ اور ایسے اصابت کی کچھ تعداد غالباً بتدریج ایک اور حالت میں تبدیل ہو جاتی ہے جو ”مزمن التهاب رحم“ (chronic metritis) کے نام سے مشہور ہے، اور جس کا ذکر صفحہ 437 پر کیا گیا ہے۔ دیگر اصابت میں انوبی اور بیضی سرائت ترقی کر جاتی ہے، اور اس کی جواہیت سرری نقطہ نظر سے ہوتی ہے وہ سرائت رحم کو مکمل طور پر پوشیدہ کر لیتی ہے جس سے کہ یہ پہلے پہل پیدا ہوئی تھی۔

علاج کہفہ رحم کے استقصاء پر مشتمل ہے۔ اور ممکن ہے کہ کسی نسلی بخش نتیجہ کے حاصل کرنے سے پیشتر اس عملیہ کا تکرار بھی کرنا پڑے۔ رحم کے ماسک سرائت کو دور کرنے کے بعد خفیف سی انوبی سرائت جو اسی سے پیدا ہوئی ہو فرو ہو سکتی ہے۔ اور اگر خفیمہ جا کا التهاب ترقی کر گیا ہو، اور پیپ کے موجود ہونے کا شبہ ہو تو رحم میں جراحی مداخلت کرنا ممنوع ہے۔

تفج الدم

(PYÆMIA)

ہم یہ دیکھ چکے ہیں کہ تناسلی خطہ کی کسی مقامی سرائت کے بعد ایک عمومی یا نظامی سرائت پیدا ہو سکتی ہے۔ اور اس کے پیدا ہونے کے دو طریقے ہیں۔ (۱) عضوی برائتہ عروق لمف و خون دوران میں بلا واسطہ داخل ہو جاتے ہیں، اور کوئی مقامی ضرر پیدا کرنے کے بغیر جوئے خون میں ان کی تعداد بڑھنا شروع ہو جاتی ہے (عفونت الدم: septicæmia یا جراثیم و موبیت: bacteræmia)۔ (۲) جراثیم دیوار رحم سے گذر کر وریڈوں میں داخل ہو جاتے ہیں جس سے عفونی علقی وریڈی التهاب (septic thrombo-phlebitis) پیدا ہو جاتا ہے۔ اس کے بعد بعض عفونی طے ٹوٹ جاتے ہیں اور ان کے ذرات عفونی سداؤں کے طور پر خون میں بہ سکتے ہیں، اور تمام جسم میں مختلف مقامات پر اور بالخصوص پھیپھڑوں میں اٹک جاتے ہیں۔ مقامات احتباس پر یہ سداؤں عفونت کے ماسکوں میں تبدیل ہو جاتے ہیں جن سے مصلی الضبابات اور خراجات پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس طرح یہ حالت شروع ہوتی ہے جو تفج الدم (pyæmia) کے نام سے موسوم ہے۔

تفج الدم کے جملہ واقعات خطرناک ہوتے ہیں اور نفاسی سرائت سے جو اموات واقع ہوتی ہیں، ان میں سے ۲۰ تا ۵۰ فی صدی کا ذمہ داری ہی عارضہ ہے۔ انداز موجودہ عضویہ کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ سب سے بقی تفج الدم (streptococcal pyæmia) بالعموم مہلک ہوتا ہے، لیکن اگر نفقات سبب کی بجائے دوسرے عضویہ موجود ہوں تو صحت یابی کا امکان زیادہ ہوتا ہے۔ تفج الدم نفاسی اور غیر نفاسی دونوں قسم کی سرائتوں سے پیدا ہو سکتا ہے۔ علقی وریڈی التهاب (thrombo-phlebitis) جو اس سے قبل رونما ہوتا ہے کسی رحمی سرائت کے بعد براہ راست، یا کسی مقامی سرائت مثلاً ابتدائی غلوی التهاب کے بعد ثانوی طور پر واقع ہو سکتا ہے۔ سرائت کا ابتدائی منبع بالعموم رحم ہوتا ہے، اور اس کا عام ترین سبب وہ اسقاط ہے جو مناسب جراحی

احتیاطوں کے بغیر پیدا کیا جاتا ہے اور جس کے اغراض مجرمانہ ہوتے ہیں۔ علاوہ ازیں تفصیل الدم قبائلی مزاوت میں بھی ان حالتوں میں دیکھنے میں آتا ہے جن میں دروں رحمی دست و ریزو مثلاً مشیمہ کے دستی اخراج کی روکداد موجود ہو اور یا جن میں دورانِ زمانہ نفاس میں سرایت زدہ مشیمہ کے ٹکڑوں کو دور کرنے کے لئے تیز مجرفت (curette) کا استعمال کیا گیا ہو۔ یہ عارضہ اس امر پر دلالت کرتا ہے کہ اُس قشیت کے مقابلہ میں جس سے عفونت الدم پیدا ہوتی ہے اس میں جراثیم میں کم قشیت پائی جاتی ہے اور یہ امر مندرجہ امور سے ظاہر ہوتا ہے۔ (۱) انتشارِ جراثیم کچھ عرصہ کے لئے حوضی و ریدوں تک ہی محدود رہتا ہے۔ (۲) سریری طور پر اس مرض کی ابتدا عفونت الدم کی ابتدا کے زمانہ کے بعد ہوتی ہے۔ (۳) عضویئے خون میں صرف قشعرہ سے ذرا قبل اور اس کے دوران ہی میا پائے جاتے ہیں۔

علامات کا آغاز ایک ابتدائی قشعرہ سے ہوتا ہے اور تبش ۴، ۵ یا ۱۰ ف۔ تک پہنچ جاتی ہے۔ اس کے بعد یہ جلد ہی طبی حد تک یا اس سے بھی نیچے آ جاتی ہے اور اس اثنا میں مریضہ کو پسینا بکثرت آتا ہے۔ نبض اول اول عفونت الدم کی نسبت کم تیز ہوتی ہے اور اس کا تواتر تفصیل الدم کے صرف آخری مدارج ہی میں اس حد تک بڑھتا ہے جو عفونت الدم میں دیکھنے میں آتی ہے۔ تفصیل الدم کا مرثکرو قشعرہ بروں سے میسر ہوتا ہے اور تبش و تفوں کے درمیان طبی یا طبی سے کم ہوتی ہے۔ مرض اس طرح ہفتوں تک جاری رہتا ہے خراب ترین حالتوں میں موت بالعموم تیسرے ہفتہ میں واقع ہو جاتی ہے، اگر ایک اصابہ میں ہم نے اس کو باونویں دن تک ملتوی ہوتے دیکھا ہے۔ مزید برآں ایک ایسے اصابہ کا اندراج بھی کیا جا چکا ہے جس میں تفصیل الدم کی ایک مریضہ ستر قشعریوں اور پانچ ماہ مریض رہنے کے بعد تندرست ہو گئی۔ نتیجہ کا انحصار سدادات کی تقسیم پر ہے۔ اگر متعدد سدادات پھینچیں، دروں قلبیہ اور دماغ میں پہنچ جائیں تو یہ لازم طور پر مہلک ثابت ہوتے ہیں۔ تفصیل الدم کے اصابات میں امتحاناتِ لغش پر فحذی، بیضی، رحمی، حرقنی، اور کلوی و ریدوں، اور وریداخون میں طہیثت منکشف ہوئی ہے نیز پھیپھڑوں میں متعدد و خراجات بھی پائے گئے ہیں جن کے ساتھ ریوی لنگریڈ کے رقبہ جات، ذات الریہ (pneumonia) اور دہیلہ (empyema) موجود رہتے۔ دماغ، آنکھ، جگر، گردہ، جوڑوں

ہڈیوں، جلد اور عضلہ میں بھی سرجمی (metastatic) خراجات پائے گئے ہیں۔ قرحی دروں رحمی التهاب (ulcerative endometritis) مہلک اصابات کی نصف تعداد میں موجود ہوتا ہے۔ باریطون، سوائے اس خفیف سے مقامی التهاب باریطون کے جو ان ٹنکتہ علقوں کے ارد گرد واقع ہو جاتا ہے جو مقامی وریڈوں میں ہوتے ہیں، بالعموم بچ جاتا ہے۔

تقیق الدم کا علاج عفونت الدم کے علاج کا سا ہے جس کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے۔ سابق الذکر مصلات (sera) یا کیمیائی ادویہ بشمول کولارگال (collargol) (۱۱ فی صدی محلول کے)۔ مکعب سنیٹی میٹر) کا دروں وریڈی اشراب ایک دفعہ روزانہ کیا جاسکتا ہے۔ نکلی ٹنک ایسڈ (nucleinic acid) کے ۲ فی صدی محلول کی اتنا ۲ ڈرام کی مقداریں سفید خلوت (leucocytosis) کو ترقی دینے کے لئے روزانہ دو مرتبہ زیر جلدی طور پر پیکائی ہیں۔ نقل الدم کے متعلق اشارات کے لئے دیکھو صفحہ 268۔ بیضی وریڈوں کو عفونیت یا قنہ رقبہ کی قرحی طرف پر باندھ دینے سے سوائے ان چند حالتوں کے جن کا انتخاب احتیاط سے کیا گیا تھا، زیادہ حوصلہ افزا نتائج حاصل نہیں ہوئے۔

حوضی التهاب باریطون

(PELVIC PERITONITIS)

(گرد رحمی التهاب: Perimetritis)

اگرچہ حوضی التهاب باریطون ایک سرجمی عمل ہے مگر اس کا فعل صاُن اور محافظ حیات ہے۔ لیکن جب محرک عضو بہت زیادہ قسبی ہو تو نتیجہ التهاب باریطون بھی بافتوں کے لئے تباہ کن اور زندگی کے لئے خطرناک ثابت ہوتا ہے۔

بحث اسباب۔ حوضی التهاب باریطون کسی سابق الوجود دروں حوضی مرض کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اور جو علامات اس سے پیدا ہوتے ہیں انہی سے اس قسم کے مرض کا وجود اول اول ظاہر ہوتا ہے۔ اسی سے یہ خیال پیدا ہوا تھا کہ حوضی التهاب باریطون ابتدائی ذاتی التهاب ہے۔ مگر اب یہ نظریہ غلط سمجھا جاتا ہے۔

حوضی التهاب باریطون کا عام ترین سبب تناسلی خزلہ کی ایک صودہ، ہمزات ہے۔

جو باریطون تنک یا تو دیوار رحم کے عروقِ لُف کے ذریعہ سے براہِ راست لگتی ہو اور یا فلوپی ٹیوں کے ساتھ ساتھ پہنچی ہو۔ آیوانو (Iwanov) نے حال ہی میں نزدیکی عروقِ لُف اور ویدی اجواف کی اس اہمیت کی طرف توجہ دلائی ہے جو ان کو سرائت کے راستے ہونے کی وجہ سے حاصل ہے اور اس کا یہ خیال ہے کہ حوضی باریطون، بیضین، اور فلوپی ٹلیساں دروں رحم کے راستے سے سرائت زدہ ہونے کی نسبت زیادہ کثرت سے انہی راستوں سے سرائت زدہ ہوتی ہیں۔ سرائت کے عام ترین منابع نفاسی سرائت اور سوزاک ہیں اور لمحاظ بحث اسبابِ درنہ (tubercle) تیسرے درجہ پر ہے۔ حوضی باریطون کی سرائت کے دیگر منابع وہ التهابی ضررات ہیں جو معائے کبیر کے سلسلہ میں پائے جاتے ہیں، خاص کر التهابِ زائکدہ (appendicitis) اور التهابِ عطفہ (diverticulitis)۔ فلوپی ٹیوں اور بیضین کے التهابی امراض کی مرضی تشریح کا ذکر ایک آئندہ باب میں تفصیل سے کیا جائے گا (دیکھو صفحہ 628)، لیکن حوضی التهاب باریطون کے بیان کو سہل الفہم بنانے کے لئے یہاں بعض امور کا حوالہ دینا ضروری ہے۔

التهابِ انبوبہ (Salpingitis)۔ عورت میں حوضی التهاب باریطون بالعموم التهابِ انبوبہ کی ایک پیچیدگی کے طور پر پیدا ہوتا ہے۔ فلوپی ٹی کے ذریعہ سے باریطون کا بلا واسطہ تسلسلِ رحم اور مہبل کے مخاطی استر کے ساتھ قائم ہے۔ چنانچہ کسی سرائتی عمل کا رحم تنک پھیلنا اگر ناگزیر نہیں تو ممکن ضرور ہے۔ اس سلسلہ میں آیوانو (Iwanov) کی حلیہ تشریحی اور امراضیاتی تحقیقات کو یاد رکھنا چاہئے جو اس نے سرائت کا صحیح راستہ معلوم کرنے کے سلسلہ میں کی ہے۔ اگر ٹی ایک دفعہ سرائت زدہ ہو جائے تو اس کے رحمی سرے کا درونہ غشائے مخاطی کے تناؤ کی وجہ سے بہت جلد بند ہو جاتا ہے اور سرائتی افرازات شکی دہنہ میں سے باہر نکل آتے ہیں جو زیادہ منفعت ہوتا ہے، کیونکہ ان کے اخراج کے لئے صرف یہی ایک راستہ رہ جاتا ہے۔ لہذا حوضی التهاب باریطون التهابِ انبوبہ کا ایک دائم الوقوع عاقبہ ہے۔ جب شکی دہنہ مسدود ہو جاتا ہے تو سرائت زدہ افراز التهابی عمل کو ٹی کی دیوار میں سے منتشر کر کے اس کے باریطونی طبقہ تک پہنچا دیتا ہے اور سطح گردانوبی التهاب (Perisalpingitis) اور انضامات پیدا ہو جاتے ہیں۔ ٹی میں پیپ کے مجموعے رہنے سے التهاب باریطون کے تازہ حملوں کے بار بار ہونے کا امکان

موجود رہتا ہے۔ اور التهاب ہر مرتبہ گرد و نواح کے باریطون پر پھیل جاتا ہے۔ سپ تلی کی دیوار میں سے بھی اپنا راستہ بنا سکتی ہے، اور اس سے گردہ انبوی خراج بن سکتا ہے جیسا کہ صفحہ 634 پر بیان کیا گیا ہے۔ چونکہ شکلی دہنہ بیض کے بہت قریب ہوتا ہے اس لئے یہ اس غدہ کی سطح سے اکثر مضبوطی سے چپک جاتا ہے، مگر علاوہ اس تغیر کے منفیوں سے گردہ بیضی التهاب (peri-opöhoritis) بھی پیدا ہو سکتا ہے، اور بہت سے اصابت میں گرافی جراثیم کی سرایت بھی واقع ہو سکتی ہے جس سے بیضی خراج بن جاتا ہے (دیکھو شکل ۲۱ ص 659)۔ ایسی حالتوں میں بیض باریطون کے لئے سرایت کے ایک جدید ماخذ کا کام دیتا ہے، اور ایسا بھی ہو سکتا ہے کہ ابتدائی انبوی سرایت رفع ہو جاتی ہے، اور اس حالت میں بیضی خراج ہی التهاب باریطون کا بظاہر اصلی ماخذ معلوم ہوتا ہے۔ آئیوانوف (Iwanov) نے مذکورہ دلیل کو اپنے دعوے کی تائید میں پیش کیا ہے کہ بیضین اور قلوپی نلی کے بیرونی ٹٹ کی سرایت نزدہ مہلی اور زردہ می عروق، اجواف اور خلوی بافت کے راستہ سے واقع ہوتی ہے۔

نوبالیدیں۔ تجربہ سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ بیض کے چھوٹے سے دویری سلحہ میں غیر دویری بیض کی نسبت خراج کے بننے کا زیادہ امکان ہوتا ہے، کیونکہ صادق بیضی خراج کی نسبت منقطع بیضی دویرے بہت زیادہ کثرت کے ساتھ دیکھنے میں آتے ہیں۔ مگر منقطع دویری سلحہ کی سرایت لازمی طور پر انبوی الاصل نہیں ہوتی۔ بعض اوقات بیضی دویرہ رودہ سے متاثر ہو جاتا ہے، اس پر دباؤ ڈالتا ہے، اور اس سے سرایت زدہ ہو کر حوضی التهاب باریطون پیدا کر دیتا ہے۔ بیضی دویروں سے مضلیہ (serosa) کا التهاب ان کے سرایت زدہ ہونے یا ان کے پانچہ میں بل پڑنے یا دوران وضع حل میں ان کے ضرر رسیدہ ہونے سے پیدا ہو سکتا ہے۔ بعض اقسام کے سلعات مثلاً حلیمی دویرہ (papillary cyst) اور مخروطی سلحہ (teratoma) کم و بیش وسیع التهاب باریطون کے نشانات کے بغیر شاذ و نادر ہی دیکھنے میں آتے ہیں، اور خبیث بیضی اور انبوی بالید کی ہر ایک قسم، اور نیز لیومیئیں اور دروں رحمی دموی سلعات (endometrial haematomata) پر بھی یہی صادق آتا ہے۔ لیفیوئ (fibroids) سے عموماً التهاب باریطون پیدا نہیں ہوتا، مگر ان کا میلان تخیر کی طرف زیادہ ہوتا ہے

اور جب کسی متغیر لیفیہ کے ساتھ التهاب انبوہ موجود ہوتا ہے تو یہ مبین کی طرح سرایت زدہ ہو جاتا ہے، اور التهاب باریطون کا ایک مستقل منبع بن جاتا ہے۔
حاورجمی سرائتیں۔ اس امر کا پہلے بھی ذکر کیا جا چکا ہے کہ جب کبھی کوئی عفونی سرائت اسقاط، کامل المیعا وضع حمل، یا تناسلی خطہ پر عملیہ کرنے کے بعد واقع ہوتی ہے تو اس سے عمومی حوضی التهاب باریطون پیدا ہو سکتا ہے۔ ان میں سے بعض حالتوں میں التهاب باریطون محدود المقام رہتا ہے، اور ڈنگلس کی جیب میں ایک دو برہہ بند خراج بن جاتا ہے۔ اکثر اوقات منتشر حوضی تقيج واقع ہو جاتا ہے جو بہت قشبی قسم کا ہوتا ہے، اور باریطون اور اتصالی بافت دونوں کو مآؤف کر دیتا ہے۔ یہ بہت جلد مہلک ثابت ہوتا ہے۔

حوضی خلوی التهاب (Pelvic Cellulitis)۔ حوضی خلوی التهاب یا ”نزد رجمی التهاب“ (parametritis) (دیکھو صفحات 276 تا 282) حوضی التهاب باریطون کے بعد ثانوی طور پر رونما ہو سکتا ہے، اور اس کا عکس بھی اتنا ہی صحیح ہے خاص کر جبکہ قبل الذکر عارضہ میں پیپ پیپ پیدا ہو گئی ہو اور خراج بن چکے ہوں۔

ورنہ (Tubercle)۔ اضافی اہمیت کے لحاظ سے ورنہ حوضی باریطون کی سرائت کا تیسرا جراثیمی سبب تصور کیا جا سکتا ہے، اور اس کے دوسرے دو اہم اسباب عفونت (sepsis) اور سوزاک ہیں۔ ورنہ اور حوضی التهاب باریطون کے درمیانی اتفق کا مطالعہ کرنے کے لئے طالب علم کو زنانہ اعضائے تناسل کے تدرن کا بیان (صفحہ 305) دیکھنے کی ہدایت کی جاتی ہے۔

حوضی قبیلہ دمویہ (Pelvic Haematocoele)۔ گرد انبوی اور نزد انبوی قبیلہ جات دمویہ اس فصل کی مثالیں ہیں جو التهاب باریطون ایک محافظ عامل کی حیثیت سے سرانجام دے سکتا ہے۔ وہ کاذب کیسہ جو مقدار زنف کو محدود کرتا ہے، اور خون کو عمومی کہفہ باریطون سے علیحدہ رکھ کر بند کر دیتا ہے انضمامی التهاب باریطون ہی سے پیدا ہوتا ہے۔ انتشاری قبیلہ دمویہ کے ساتھ التهاب باریطون بھی موجود ہوتا ہے جس کا رجحان ثرب اور امعاء کی ان گتہ لیوں کے درمیان جو حوضی گگر پر موجود ہوتی ہیں، انفہامات پیدا کرنے سے خون کی وعاء رجمی کو محدود کرنے کی طرف ہوتا ہے۔

حوضی دروں رحمیت (Pelvic Endometriosis) - اس امر کا ذکر کسی آئندہ باب میں کیا جائے گا کہ دورانِ حیض میں فلوپی نیوں کے ساتھ ساتھ دروں رحمی خلیات کی بازروی واقع ہو سکتی ہے، اور بیض یا حوضی باریطون پر ان کے بیوند لگ سکتے ہیں۔ ایسے اصابات میں بیض بہت گھنے انضمامات میں مدفون پایا جاتا ہے اور اس سے نچوینی حوضی التهاب باریطون کے محافظ خاصہ کی ایک اور مثال دستیاب ہوتی ہے۔ ٹوگلز کی جیب کے باریطون پر جو دروں رحمی بیوند لگ جاتے ہیں ان پر بھی یہی صادق آتا ہے۔

التهاب زائدہ (Appendicitis) - عورت میں زائدہ دودہ اکثر اوقات حوض میں واقع ہوتا ہے، اور نسائی امراض سے اس کا ایک قریبی تعلق ہے (دیکھو صفحہ 387)۔ لہذا یہ ضروری ہے کہ حوضی التهاب باریطون کے کسی اصابہ کے متعلق تحقیقات کرتے وقت مائوف زائدہ کی موجودگی کے امکان کو یاد رکھا جائے۔ یہ ایک حقیقت ہے کہ اس عضو کا دائیں فلوپی نی اور بیض سے منضم پایا جانا قلیل الوقوع نہیں اور یہ دائیں جانب کے انوبی مسفی التهاب (salpingo-oöphoritis) کے عام ترین اسباب میں سے ایک ہے (دیکھو شکل ۳۴، صفحہ 629)۔ نیز یہ حامل رحم سے بھی منضم پایا گیا ہے اور اس حالت میں رحم کے سرایت زدہ ہونے کا خطرہ معتد بہ ہوتا ہے۔

امراضیاست - حالتِ التهاب میں باریطون و صندل خشک، اور کسی قدر کھردرا ہوتا ہے، اور ملف کے تودے اس کی سطح سے چپکے ہوتے ہیں جن سے انضمامات پیدا ہو جاتے ہیں۔ مکرر حملوں کے بعد ایسے انضمامات دکھائی دیتے ہیں جن میں ان کے لبقی بافت میں منتصی ہونے کے مختلف مدارج دیکھنے میں آتے ہیں (دیکھو سر تصویر)۔ مصلی الصباب التهاب باریطون کا ایک اور خاصہ ہے۔ مصل ٹوگلز کی جیب میں جمع ہو جاتا ہے جہاں یہ انضمامات کی وجہ سے بند ہو جاتا ہے۔ نیز یہ انضمامات کے درمیان بھی پایا جاتا ہے اور اس سے ایسے اورام بن جاتے ہیں جو صادق دویروں کے مشابہ ہوتے ہیں۔ مومر الذکر حالت کو دویرہ پسند مصلی گرد رجمی التهاب (encysted serous perimetritis) کے نام سے موسوم کیا گیا ہے۔ مصلی الصباب میں عام طور پر ملف میں تیرتے ہوئے گالے پائے جاتے ہیں۔ حاد حوضی التهاب باریطون کے ہر اصابہ میں

مصلیٰ التهاب موجود ہوتا ہے، لیکن جب التهاب مزمن درجہ تک پہنچ جاتا ہے تو سیال مہذبہ بھی ہو جاتا ہے۔ مگر جو اجتماعات انفجانات کے درمیان دیرہ بند ہو جاتے ہیں وہ باقی بھی رہتے ہیں، اور ان سے کاؤب دیرے طیار ہو جاتے ہیں جن کی جسامت مٹر کے دانہ سے لیکر ایک بڑے رنگترے تک ہوتی ہے۔

چونکہ حوضی التهاب باریطون التهاب انوبہ سے پیدا ہوتا ہے، اس لئے سب سے گھنے انفجانات اکثر نلی کے شکلی سرے پر ہی پائے جاتے ہیں (دیکھو سر تصویر)، لیکن التهاب کے اصابت میں انفجانات اس مقام پر سب سے زیادہ گھنے ہوتے ہیں جہاں زائدہ واقع ہوتا ہے۔

جب سرائت زیادہ قشبی ہوتی ہے تو ثانوی التهاب باریطون سے یا تو دروں باریطونی خراج پیدا ہوتا ہے، اور یا شاذ حالتوں، مثلاً قشبی نفاسی عفونت میں، عمومی نفیجی التهاب باریطون رونما ہوتا ہے۔ دروں باریطونی یا گرد رچی خراجات یا تو مجرد ہوتے ہیں اور یا متعدد۔ چونکہ نفیجی انوبی التهاب (salpingitis purulenta) میں نلیاں اس طرح واقع ہوتی ہیں کہ ان کے شکلی دہنے عام طور پر دگلے کی جیب کے حصہ زیرین میں پائے جاتے ہیں اس لئے یہ کہفہ پیپ کا ایک مخزن بن جاتا ہے، اور یہی جگہ ہے جہاں دروں باریطونی خراج اکثر پیدا ہوتا ہے۔ بعض اوقات پیپ کا اجتماع نلی کے شکلی دہنے کے ارد گرد ہوتا ہے، اسے گرد انوبی قیلہ قیحیہ (peritubal pyocele) کے نام سے تعبیر کیا گیا ہے، اور گرد انوبی قیلہ دموہ سے اس کا مقابلہ کیا جاسکتا ہے۔ انوبی قیحی تاجہ کے تقرح سے اس مقام پر دروں باریطونی خراج بن سکتا ہے جہاں سے پیپ نلی سے رس کو باہر آگئی ہو۔ بعض اوقات کسی بیضی دیرہ کے ایک خانہ میں تقرح واقع ہو جاتا ہے، اور اس حالت میں دروں باریطونی خراج کی جگہ انوبی بیضی خراج پیدا ہو جاتا ہے۔

چھوٹے چھوٹے دروں باریطونی خراج خشک ہو کر غائب ہو جاتے ہیں، اور بڑے بڑے خراجات کا مریا تو شدید ہوتا ہے اور یا یہ مخفی (latent) رہتے ہیں، اور ان سے بہت کم علامات پیدا ہوتے ہیں۔ موخر الذکر میں دیوار خراج کے متفرج ہونے اور مشمولات کے حوضی قولون میں خارج ہونے کا دھجما پایا جاتا ہے۔ کبھی کبھی پیپ مثانہ یا مہبل میں نکل آتی ہے۔ اور شاذ شاذ مثالوں میں یہ یا تو کہفہ باریطون میں

پھوٹ نکلتی ہے، اور یا دیو یا ارشکم سے گذر کر باہر آ جاتی ہے۔

علامات - حوضی التهاب باریطون شدید مقامی درد سے شروع ہوتا ہے، جس کے ساتھ ارنقار پیش موجود ہوتا ہے، نبض تیز ہوتی ہے، اور اکثر اوقات تھ بھی پائی جاتی ہے۔ اس کے بعد شکم میں تندی پیدا ہو جاتا ہے جو یا تو عمومی ہوتا ہے اور یا مقامی۔ شدید درد بعض اوقات چند گھنٹوں تک رہتا ہے اور اس کے بند ہونے پر موقوفہ حصوں پر اہمیت باقی رہ جاتی ہے۔ حادثہ کے دوران میں مریضہ جت لیٹی رہتی ہے اور اس کے گھٹنے اوپر اٹھے رہتے ہیں۔ شکم کا نیچے کا حصہ استوار اور الیم ہوتا ہے، اور اس میں نقل پایا جاتا ہے کیونکہ متد و امعاء میں رنج موجود ہوتی ہے۔ انتشاری عفونی التهاب باریطون کی حالتوں کے علاوہ قشریہ سے عام طور پر نہیں پائے جاتے۔ بعض اوقات قشریہ انوبی اجتماع ریم (pyosalpinx) یا خراج بیض کے انشقاق پر بھی دلالت کرتا ہے۔ فیض عسبر تیز (dyschesia) اور عسر البول (dysuria) بھی پائے جاتے ہیں۔ مزمن مریضوں میں وجع المیض (menorrhagia)، کثرت طمث، وجع المیض (sacralgia) اور کام کرنے کی ناقابلیت نمایاں علامات ہوتے ہیں۔ درد کے متوالی یا سخت السحاد یا حاملوں کا بھی ہمیشہ امکان ہوتا ہے، اور یہ جیلے قلعج کے کسی نہ کسی ماسک کی موجودگی کی واضح دلیل ہوتے ہیں جس کا پتہ وقفوں میں پیش سے نہیں چلتا۔ حوضی التهاب باریطون کے علامات کی شدت کا درجہ ان علامات کے درمیان درمیان ہوتا ہے جن سے ایک طرف تو مریضہ بستر پر پڑی رہتی ہے اور بہت لاغر ہو جاتی ہے، اور دوسری طرف اسے درد حوض کے حلوں سے صرف گاہے گاہے ہی تکلیف ہوتی ہے۔

اگر حصے بہت زیادہ الیم نہ ہوں تو ہسبل کا امتحان کرنے پر اس کا مؤخر قبوہ ایک وسطانی پس رجم سے جو رحم کو اگلی طرف کو دھکیل دیتا ہے بعض اوقات متعفن پایا جاتا ہے۔ درجہ حاد میں جانبی اور ام کی عموماً شناخت نہیں کی جاسکتی۔ لیکن حدت فرو ہو جانے پر معدم حس کے زیر اثر قرن الرحم کی طرف کو جاتے ہوئے منطول اور ام شخت کئے جاسکتے ہیں۔ اس قسم کے جانبی اور ام باہم پیوستہ نلیوں اور بیضوں کو ظاہر کرتے ہیں (دیکھو سر تقویر ۱۱ ان انوبی بیضی تو دوں کی شکل اور حیاست مختلف ہوتی ہے۔ بعض اوقات یہ استے بڑے ہوتے ہیں کہ جانبی قبووں کو متعفن کر دیتے ہیں اور یا یہ

حوض سے اوپر اٹھ جاتے ہیں اور جب پیپ کے بڑے بڑے تاجے موجود ہوتے ہیں تو یہ ناف کی بلندی تک پہنچ جاتے ہیں۔ شدید حملہ کے گزرنے کے بعد جب امتحان کیا جاتا ہے تو طمحاتی ساختیں اپنے ارد گرد غلوی التهابی ارتشاح (cullulitic exudation) کے موجود ہونے اور نیز دیوار ہائے انوبہ میں تہجی وبازت کے پائے جانے کی وجہ سے سخت اور بستہ پائی جاتی ہیں۔ یہ سختی کچھ عرصہ میں رفع ہو جاتی ہے اور زوائد کے صحیح حدود زیادہ واضح ہو جاتے ہیں۔ اس حالت میں پیپ کے تاجہ میں ایک لمبیاں نموج پیدا کیا جاسکتا ہے۔

تشخیص۔ التهابی ضررات کی تشخیص کی بحث اور گرد رجمی التهاب

(perimetritis) اور گرد رجمی التهاب (parametritis) کے درمیان کے ممیز سریری خصائص کے لئے طالب علم کو حصہ چہارم (صفحات 758 تا 764) کا مطالعہ کرنا چاہئے۔ اندازہ۔ شدید حملہ کے گزر جانے کے بعد التهاب باریطون کے عود کرنے کا احتمال ہوتا ہے۔ جس کی وجہ یہ ہے کہ ملی یا بیض میں یا باریطونی انفمات کے درمیان بعض اوقات پیپ کا کوئی ماسکہ باقی رہ جاتا ہے۔ اس لئے حوضی التهاب باریطون کو ضرر ایک خطرناک مرض تصور کرنا چاہئے جو شاذ و نادر ہی مکمل طور پر رفع ہوتا ہے۔ اس کا رجحان صحت کی مزمن خرابی پیدا کرنے اور مریضہ کو جسمانی محنت کے ناقابل بنادینے کی طرف ہوتا ہے۔ اس کا ایک عام نتیجہ یہ ہے کہ امعاء کے طبعی فعل میں خلل آ جاتا ہے اور اس سے جو انفمات بن جاتے ہیں وہ بعض اوقات اتنے کثیف بھی ہوتے ہیں کہ ان سے حاد موی تشدید پیدا ہو جاتا ہے۔ صرف شاذ و نادر حالتوں میں حوضی التهاب باریطون مکمل طور پر رفع ہوتا ہے۔

علاج۔ محرز۔ حوضی التهاب باریطون کے عام ترین اسباب میں سے ایک سبب سوزاک ہے۔ اس لئے حفظ ماتقدم کا انحصار اس مرض کی جلد تشخیص کرنے اور نہایت محنت سے اس کا علاج کرنے پر ہے (دیکھو صفحہ 282)۔ غیر سوزاکی حالتوں میں حفظ ماتقدم دوران ولادت و جراحی میں شدید عدم عفونت کا انتظام کرنے پر مشتمل ہے۔ جب مرض ایک دفعہ چڑکھائے تو مریضہ کو اس کے مکرر حملہ کے خطرہ سے آگاہ کر دینا چاہئے کیونکہ یہ دوران حیض میں سردی لگنے اور حد سے زیادہ رتھان کے بعد عود کرتا ہے۔

فعلِ امعاء کی طرف توجہ دینا نہایت ضروری ہے اور اسکی وجہ ظاہر ہے۔
 طبی - حادثہ کے دوران میں بستر پر آرام کرنا ضروری ہے۔ ابتدائی درد کیلئے
 مسکن علاج کی ضرورت ہوتی ہے۔ پاپاگرین مارفیا (morphia) یا ہیروین (heroin)
 دی جاسکتی ہے، تنگدات اور "اینٹی فلو جسطین" (antiphlogistine) کا استعمال کیا
 جاسکتا ہے، اور نقد دشکم حقنہ کے ذریعہ سے رفع کیا جاسکتا ہے۔ اگر ممکن ہو تو حوضی التهاب کے
 حملہ کے دوران میں مسہلات کے استعمال سے احتراز کرنا چاہئے مگر مالحات (salines) دئے
 جاسکتے ہیں۔ اگر نبض کمزور اور متوقف ہو تو مکمل کا استعمال کرایا جاسکتا ہے۔

جراحی - سوائے حاد التهاب زائدہ کے جراحی مداخلت کو اس وقت تک ملتوی
 رکھنا بالعموم زیادہ فرین عقل ہوتا ہے جب تک کہ حوضی التهاب باریطون کا شدید حملہ
 گذر نہ جائے۔ مگر اس امر کا اطلاق بہت حاد عفونی حالتوں پر نہیں ہوتا جن میں اس مداخلت
 کا خطرہ برداشت کرنا ہی پڑتا ہے۔ اگر ڈگلس کی حسیب میں ایک تنیدہ ورم بن جائے تو اسے
 موخر ہبل شکافی (posterior colpotomy) (دیکھو صفحہ 860) سے فوراً خالی کر دینا چاہئے۔
 یہی اس ورم پر بھی عائد ہوتا ہے جو شکم کے حصہ زیرین میں واقع ہوا اور تیزی سے بڑھ رہا
 ہو، کیونکہ ممکن ہے کہ یہ منقطع بیضی ویرہ یا دروں باریطونی خراج ثابت ہو۔ کم حاد اور
 مزمن اصابات پر فرداً فرداً غور کرنا چاہئے۔ اس قسم کے کئی ایک اصابات کا علاج آرام
 اور عمدہ تیمارداری سے کیا جاسکتا ہے۔

اگر پہلے حادثہ کے بعد سوائے ایسے ورم کے جو مزمن انبوی بیضی التهاب پر
 دلالت کرتا ہو اور کچھ محسوس نہ کیا جائے اور پیپ کے موجود ہونے کی کوئی شہادت
 موجود نہ ہو تو عملیہ کی ضرورت نہیں ہوتی۔ یہ ایک تعجب خیز امر ہے کہ غیر جراحی علاج سے
 کافی بڑے التهابی اور ام کچھ عرصہ کے بعد دب جاتے ہیں اور سرسری طور پر غائب ہو جاتے
 ہیں۔ اور یہ ثابت کرنے کے لئے بھی شہادتیں موجود ہیں کہ عملیتی زوال کی نسبت طبی
 طریقہ سے علاج کرنے سے مریضوں کی زیادہ فیصدی تعداد میں عملیاتی وظائف از سر نو
 قائم ہو جاتے ہیں جیسا کہ استقرارِ حمل سے ظاہر ہوتا ہے۔ متوالی حملوں پر مختلف نقطہ نظر
 سے غور کرنا چاہئے، اور ممکن ہے کہ صحت یابی کے لئے لٹیب انبوی بیضی تودہ کا استیصال
 ضروری ہو۔ مگر ورم کے استیصال کو ناگزیر بقدر ممکنہ سے پہلے بستر پر آرام کرانے

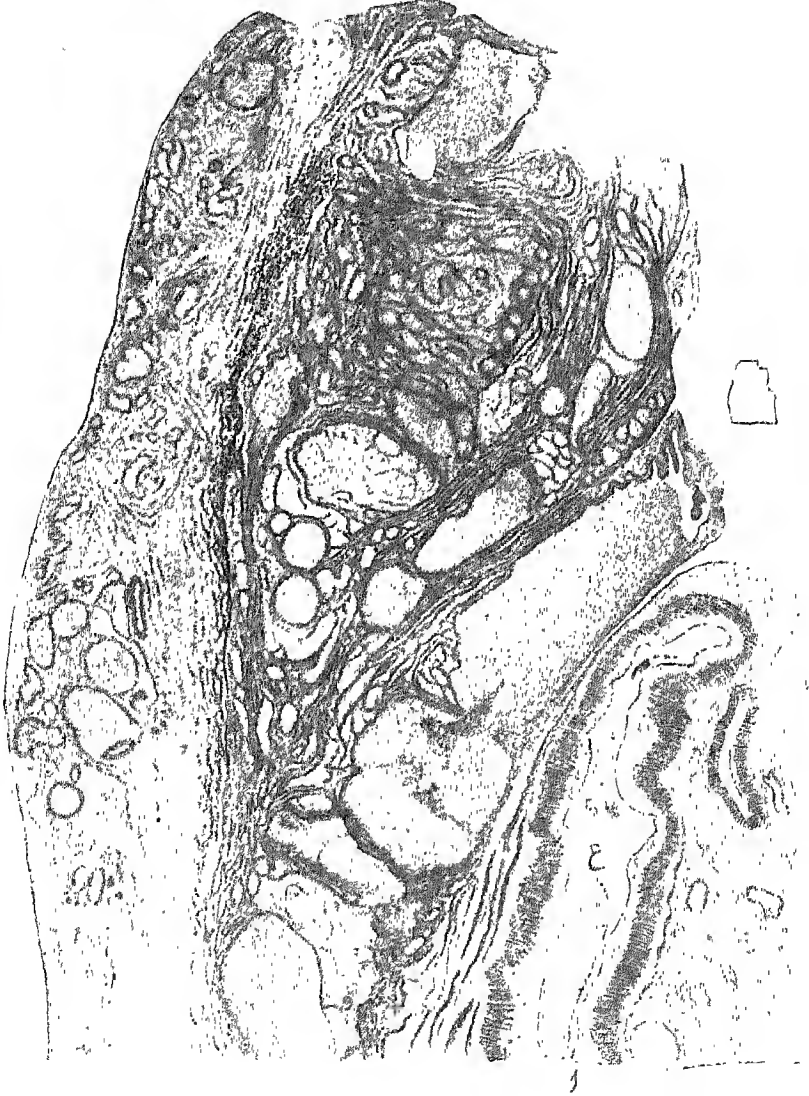
نطولات، ملینيات، حصتوں اور گرم ہوائی غٹلوں کے ذریعہ سے اس کی جسامت میں تخفیف کرنے کے لئے ہر ایک کوشش کر لینا چاہئے۔ اگر التهابی تودہ کی جسامت مخففت ذرائع سے کم نہ ہو تو اس قسم کے نتیجہ پر پہنچنا ضروری ہوتا ہے۔ مزاوالت دار الشفا میں جراح اکثر اوقات مریضہ کو حتی الامکان جلد تندرست کرنے کی ضرورت سے عملیہ کرنے پر مجبور ہو جاتا ہے، کیونکہ متعلقین کی پرورش کی ذمہ دار وہی ہوتی ہے۔ خانگی مزاوالت میں لمخفاتی التهاب کا ایک بہت بڑی حد تک حفاظتی علاج (conservative treatment) کیا جاسکتا ہے۔ (مزید تفصیل کے لئے دیکھو صفحات 647 تا 649)۔

اصابات کی ایک خاص تعداد میں ایسے علامات کے لئے عملیہ کرنا ضروری ہوتا ہے جو وسیع انفامات مثلاً ثبیت پس گردیدہ رحم سے پیدا ہوئے ہوں۔ ایسی حالتوں میں وضع رحم کو براستہ مہبل بذریعہ فرزجہ از سر نو درست کرنے کی کوشش کرنا مصریحا ایک خطرناک عمل ہوتا ہے۔ لیکن اگر رحم کو انفامات سے آزاد کر دیا جائے اور ان جراحی طریقہ ہائے کار میں سے کسی ایک سے، جو رحم کی غلفی غیر وضعیتوں کو درست کرنے کے لئے مستعمل ہیں (دیکھو صفحات 828 تا 833) اسے اپنی وضع پر قائم کر دیا جائے تو علامات میں تخفیف مونیکی توقع کی جاسکتی ہے۔ عملیاتی ذرائع سے عقم کا علاج کیا جاسکتا ہے بشرطیکہ نلیاں منفتح رہیں۔

حوضی خلوی التهاب

(PELVIC CELLULITIS)

(مترادفات۔ نژد رحمی التهاب: Parametritis، التهاب عروق لمفا: Lymphangitis) یہ حالت اُن اہم ترین مقامی ضررات میں سے ہے جو نفاسی سرائت سے پیدا ہوتے ہیں۔ زمانہ نفاس کی ایک تحسیدگی ہونے کے لحاظ سے یہ ایک حاد سرائتی مرض ہے جو عروق رحم کی، یا زبیرین رحمی قطعہ، یا مہبل کی دریدگیوں سے پیدا ہوتا ہے۔ اگر ایسے ضررات سرائت زدہ ہو جائیں تو ہم پہلو بافتوں میں ایک قسم کا ابستدائی التهاب عروق لمفی (lymphangitis) پیدا ہو جاتا ہے، اور اسی حالت کو فرکو (Virchow)، میتھیوز ڈنکن (Mathews Duncan) اور ووسروں نے



حوض کے مغلی البہابی ارتشاح (Cellulitic Exudation) (نزد رچی البہاب: Parametritis)

میں سے تراش۔ (وضع حمل کے سات ہفتہ بعد)۔ عروق کے نمایاں استحقان اور مغلی بافت کے اندر کے زہت کثیر کو

غور سے دیکھا جائے۔ ایک بڑی سی شریان (۱) میں علقہ (ع) موجود ہے۔

”نژد رچی التهاب“ (parametritis) کے نام سے تعبیر کیا تھا۔

قبائلی تضررات سے الگ بھی ابتدائی ماد خلوی التهاب حوض میں واقع ہوتا ہے۔ اُن جراحی عملوں سے جو عموماً پر کئے جاتے ہیں اور جن میں دافع عفونت استیلاؤں کا کما حقہ خیال نہ رکھا جائے، اور یا جو سرائٹ زدہ متخثر لیفیوں کے دور کرنے کے لئے کئے جاتے ہیں خلوی التهاب پیدا ہو جاتا ہے۔ گاہے گاہے اس کی ابتدا مستقیم قرح (rectal ulcer) سے التهاب عروق لمف کے پھیل جانے سے بھی ہو جاتی ہے جس سے گرد مستقیم انصالی بافت میں غلغول پیدا ہو جاتا ہے، اور اس حالت کا عمق کے وسیع سرطان کے ساتھ پایا جانا قلیل الوقوع نہیں۔

اس باب میں زیادہ تر ذکر حوضی خلوی التهاب کی اسی ابتدائی قسم کا کیا گیا ہے، لیکن یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ حوضی خلوی التهاب کے مختلف مدارج جو شدت میں مختلف ہوتے ہیں حوضی التهاب باریطون سے نتیجہ پیدا ہو سکتے ہیں اور انہوں نے بیضی التهاب میں بطور لازمہ (accompaniment) موجود ہوتے ہیں۔ ایسے اصابت میں التهاب خلوی ایک ثانوی حالت ہوتا ہے۔ اور سریری نقطہ نظر سے بھی اس کی اہمیت ثانوی ہی ہوتی ہے، اور جس مرض سے خلوی التهاب پیدا ہوتا ہے وہی غالب اور اولین عامل ہوتا ہے۔

277

تشریح - حوض کی خلوی بافت اور اس کے عروق لمف کی تقسیم کے بیان کے لئے صفحات 11 و 67 کو دیکھنا چاہئے۔ خلوی بافت کی تشریحی تقسیم کو بخوبی سمجھنے کے بغیر اس مرض کے بیان کا بخوبی سمجھ میں آنا ناممکن ہے۔
مندرجہ ذیل تشریحی نکات کا تکرار بیجا نہ ہوگا:—

(۱) خلوی بافت نہ صرف عروق خون کے ارد گرد موجود ہوتی ہے بلکہ اس سے ان کے غلافات بھی بنتے ہیں، لہذا خلوی التهاب (cellulitis) حوض سے شروع ہو کر گرد و عائی عروق لمف کے راستہ سے خارج الحوض مقامات تک پہنچ سکتا ہے جہاں سے بڑے بڑے عروق کی ابتدا ہوتی ہے۔

(۲) حوض کی خلوی بافت بقیہ جسم کی خلوی بافت سے مسلسل ہے، اور اس لئے حوضی الاصل خلوی التهاب کا انتشار عروق لمف کے تسلسل کے ذریعہ

دیگر رقبہ جات تک ہو سکتا ہے جو حوض کے ہم پہلو ہیں۔

(۳) خلوی بافت باریطون کے عین نیچے واقع ہوتی ہے۔ اس لئے حاد ابتدائی خلوی التهاب سے ننانوی التهاب باریطون لازمی طور پر پیدا ہو جاتا ہے اور ابتدائی التهاب باریطون ماتحت خلوی بافت کو ننانوی طور پر مآؤف کر دیتا ہے۔

(۴) حالب کے ساتھ بھی خلوی بافت کا وہی تعلق ہوتا ہے جو اس کا عروق خون کے ساتھ ہوتا ہے، اسلئے خلوی التهاب اس قنات کے ساتھ ساتھ راستہ بنا کر عین اسی طرح گرد گلاوی خطہ تک پہنچ سکتا ہے جس طرح یہ بڑے بڑے عروق خون کے ساتھ ساتھ چلتا ہوا ران کی اگلی طرف اور سرین تک پہنچ سکتا ہے۔

(۵) خلوی بافت فوق مہلی عنق کو مکمل طور پر محصور کرتی ہے، مگر اس جگہ سے یہ بالکل غائب ہوتی ہے جہاں باریطون جسم رحم کو پوشیدہ کرتا ہے۔ لہذا جب کبھی کوئی عنقی نظر سرائت زدہ ہو جائے تو ابتدائی خلوی التهاب کے واقع ہونے کا احتمال ہوتا ہے، مگر ان نقرات کی ابتدائی بلا واسطہ سرائت سے اس کے پیدا ہونے کا احتمال نہیں ہوتا جو جسم رحم تک ہی محدود ہوں۔

(۶) جو خلوی بافت سقف مہل اور باریطون کے درمیان واقع ہوتی ہے اس کی دباؤ عام طور پر ایک تنہائی آنچ ہوتی ہے۔ دوران حمل میں اس میں بے حد اضافہ ہو جاتا ہے، مثلاً رباطات عریض میعاد حمل کے ختم ہونے پر حوضی نگر کے اوپر واقع ہوتے ہیں اور باریطون نیچے کی طرف حوض کے جانبی حصوں تک بالکل نہیں پہنچتا۔ حوضی خلوی فضا کی وسعت میں جو زیادتی دوران حمل میں عمل میں آتی ہے اس کا تسخیر اندازہ یہ یاد رکھنے سے بخوبی ہو سکتا ہے کہ جب کبھی رحم کے قطعہ زیرین میں الشقاق واقع ہو جاتا ہے تو مشیمہ اس میں گذر کر اس فضا میں سما جاتا ہے اور نیز باریطون کو کھولنے کے بغیر اسی وقفہ میں سے عملیہ قیصر (Caesarean section) سرانجام دیا جاسکتا ہے۔ اتصالی بافت میں جو کثیر اضافہ حالت حمل میں واقع ہو جاتا ہے وہ سریری نقطہ نظر سے بہت عظیم الاعمیت ہے۔

بحث اسباب۔ عام ترین سرائتی عامل ریجم زائیفکے سبب

(streptococcus pyogenes) ہے جو بقیات عنیبہ (staphylococci) اور

نبقات سوزاک (gonococci) یا عصیہ قولون (colon bacillus) کے ساتھ پایا جاتا ہے۔
اکیلے نبقات سوزاک سے حادث خلوی التهاب پیدا نہیں ہوتا۔

اس عارضہ کا ایک سبب معقدہ بافتوں کی قوت مزاحمت کی کمی ہے جو دورانِ حمل یا عکلیہ میں کوفنگی کی وجہ سے واقع ہوتی ہے۔ جراثیم کے داخل ہونے کا عام ترین محل عنق اور مہبل کے بالائی حصہ کی دریدگیاں ہیں جو بالعموم آلاتی ولادت یا گروانی (version) سے پیدا ہوتی ہیں، لیکن بعض اوقات یہ وضع حمل ذاتی (spontaneous labour) کے دوران میں بھی پیدا ہو جاتی ہیں۔ جب انقطاع کے بعد سرائت پیدا ہو جائے تو ابتدائی حادث خلوی التهاب کے واقع ہونے کا احتمال نہیں ہوتا، کیونکہ عنقی اور مہبلی دریدگی کے پیدا ہونے کا خطر کم ہوتا ہے، اور نیز خلوی بافت کی مقدار اس مقدار کے مقابلہ میں بہت کم ہوتی ہے جو اختتامِ مبعادِ حمل پر موجود ہوتی ہے۔ جن شکلی علیوں میں حوض میں وسیع گہری تقطیع کی ضرورت ہوتی ہے، خاص کر جبکہ وہ سرطان کے لئے کئے جائیں، ان سے حادث خلوی التهاب کے پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے، اور جیسا کہ پہلے بھی بیان کیا جا چکا ہے ایسے مہبلی علیوں کے بعد جن میں عفونی دروں رحمی بالیدوں کے لئے عنق کو متسع کرنا لازمی ہوتا ہے اسی قسم کا مقامی حوضی التهاب پیدا ہو سکتا ہے۔

حوضی التهاب باریطون کے مقابلہ میں ابتدائی حوضی خلوی التهاب زیادہ

278

شاذ مرض ہے۔

امراضیات۔ جراثیم کے عروقِ لُف میں داخل ہو جانے کے بعد بافتیں خون اور خلیاتِ امیض سے درریختہ ہو جاتی ہیں (دیکھو صفحہ ۱۱)۔ اس درجہ کے فوراً بعد مصلِ فائبرینی ارتشاح بکثرت پیدا ہونا شروع ہو جاتا ہے، اور سرائت زدہ رقبہ تہیج ہو جاتا ہے۔ اس طرح جو ورم طیار ہوتا ہے وہ پہلے نرم ہوتا ہے، لیکن بہت جلد بعد یہ متقلب ہو جاتا ہے جس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ بافتوں میں خون منجمد ہو جاتا ہے، اور ویدروں میں طقیت پیدا ہو جاتی ہے، اور لُف مرؤب ہو جاتا ہے۔ اس کے بعد اس میں سختی نمودار ہو جاتی ہے جو تقریباً غضروف کی سختی کی سی ہوتی ہے۔ فائبرینی ارتشاح پہلے پہل رباطِ عربض کے قاعدہ میں عقوت زدہ عنقی یا مہبلی دریدگی کے متصل محوس کیا جاتا ہے، جہاں یہ بعض اوقات بہت وسیع یکجانبی تودہ کی شکل اختیار کر سکتا ہے۔

جب مرض پھیلنا شروع ہوتا ہے تو ارتشاح بالعموم مقدم جانبی حوضی دیوار کی طرف بڑھتا ہے، اور مقدم جانب پر تو پیاریٹ کے رباط کے اوپر اور جانب پر مرقنی حصہ (iliac fossa) میں ایک متغلب تودہ کی شکل میں محسوس کیا جاسکتا ہے۔ پچھلی طرف یہ رچی عجزی شکن کے ساتھ ساتھ بڑھتا ہوا نزد مستقیم القصالی بافت تک بھی پہنچ جاتا ہے، اور جیسکے پہلے بھی بیان کیا جا چکا ہے یہ اپنا راستہ غالب کے ساتھ ساتھ طے کرتا ہوا متغلب (loin) تک پہنچ جاتا ہے (دیکھو شکل ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ اور عروق خون کے ساتھ یہ عظیم عجزی نسائی کٹاؤ (great sacrosacral notch) اور ساقی قتال (crural canal) اور سوراخ ساد (obturator foramen) میں سے باہر گزر جاتا ہے۔ انجام کار یہ ارتشاح ریسٹریکٹس کے کہفہ (cavum Retzii) سے بیکر منطس زیر معدی عروق خون (obliterated hypogastric vessels) کے ممر اور یوریکس (urachus) کے ساتھ ساتھ اوپر کی جانب ناف کی طرف پھیل سکتا ہے۔ اس قسم کی بروں حوضی توسیع بعید زرد رچی التهاب (remote parametritis) کے نام سے موسوم ہے۔ ایسی توسیعات میں تھقی قلیل الوقوع نہیں (دیکھو شکل ۱۷۴)۔

بعض اوقات التهابی ارتشاح کل طور پر جذب ہو جاتا ہے اور آخر کار بالکل غائب ہی ہو جاتا ہے، اور بانٹوں کو نقصان پہنچنے کا کوئی نشان باقی نہیں رہتا۔ زیادہ شدید حالتوں میں تھقی نمودار ہو جاتا ہے جس سے حوضی خراج پیدا ہو جاتا ہے۔ کہفہ خراج بالعموم ایک ہی ہوتا ہے لیکن تھقی کے متعدد ماسکات بھی پائے جاسکتے ہیں۔ ابتدائی حوضی خلوی التهاب کی حادثہ میں ران کی وریدوں میں علقی وریدی التهاب (thrombo-phlebitis) کے واقع ہونے کا خوف ہوتا ہے جس سے فلفلمون ہمیں مولم (phlegmesia alba dolens) پیدا ہو جاتا ہے۔

مزمن حوضی خلوی التهاب حاد ابتدائی مرض کے عاقبہ کے طور پر کبھی پیدا نہیں ہوتا۔ یہ التهاب باریطون (peritonitis) اور انوبی مینٹی التهاب (salpingo-oöphoritis) کی پیچیدگی کی شکل میں پایا جاتا ہے، اور بعض اوقات ایسا بھی ہوتا ہے کہ سرائت زدہ نلی اور مینٹ خلوی ارتشاح سے اس طرح گھر جاتے ہیں کہ ابتدائی ضرر سرری طور پر شناخت نہیں کیا جاسکتا تا وقتیکہ القصالی بافت کا تضلیب دور نہ ہو جائے۔

اس بارے میں اختلافِ آراء موجود ہے کہ آیا یہ ثانوی خلوی التهاب برقرار رہتا ہے یا نہیں، بعض اربابِ سند کا یہ خیال ہے کہ یہ برقرار رہتا ہے، اور نیز ایک لبنی بافت بھی طیار ہو جاتی ہے جس کی وجہ سے اوپر کے باریطون میں شکنیں پڑ جاتی ہیں اور یہ منقبض ہو جاتا ہے۔ اور بعض کو مزمن حوضی خلوی التهاب کے وجود ہی سے قطعی انکار ہے۔ بعض مؤلفین ایک مزمن قسم کے حوضی خلوی التهاب کی طرف توجہ دلاتے ہیں جو گاہے گاہے وگلس کی جیب کے نیچے پایا جاتا ہے، اور جس کے متعلق یہ خیال کیا جاتا ہے کہ اس کی ابتدا سرائٹ کے مستقیمی دیوار میں سے گزرنے سے ہوتی ہے۔ اس مرض میں زیادہ ارتشاح شاذ و نادر ہی پیدا ہوتا ہے، لیکن چھوٹے چھوٹے سخت تودے پائے جاتے ہیں جن کے ہمراہ وگلس کی جیب کے شکنوں میں دبازت بھی دیکھنے میں آتی ہے۔ اس سے وگلس کی جیب میں بہت سا انداب اور انقباض پیدا ہو جاتا ہے، اور اسے مزمن ذبولی نرذرجی التهاب (parametritis chronica atrophicans) اور مزخمر بھی نرذرجی التهاب (parametritis nodosa posterior) کے ناموں سے تعبیر کیا گیا ہے۔ روبرٹ میئر (Robert Meyer) کے مطابق بعض اوقات سرطنت سے زائد سے پیدا ہو کر متصلب خلوی بافت کے اندر چلے جاتے ہیں، اور ان سے کاذب غدی انہیبات طیار ہو جاتے ہیں اور اس طرح مستقیمی تناسلی نضائی دروں حمیت (endometriosis) پیدا ہو جاتی ہے (دیکھو صفحہ 506)۔ یہ ممکن ہے کہ خلوی التهاب کی یہ قسم وگلس کی جیب کے باریطون میں سے دروں رحمی بیوندوں کے نقب لگانے سے شروع ہوتی ہے۔

279

علامات - زمانہ نفاس کے دوسرے ہفتہ کے اختتام پر تمپش میں زیادتی اور نبض میں تیزی واقع ہو جاتی ہے، اور ساتھ ہی شاذ و قشریرہ بھی ہوتا ہے۔ درد اسکی اغیازی علامت نہیں۔ اور جب یہ موجود ہوتا ہے تو اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ باریطون بھی ماؤف ہو چکا ہے۔ جلد خشک اور قشری ہوتی ہے۔ جب تفتیح واقع ہو جاتا ہے تو لاغری دن بدن زیادہ ہوتی جاتی ہے، اور جلد ایک مخصوص ٹیلیا زردی مائل رنگت اختیار کر لیتی ہے۔ جن علامات کی توقع کی جاسکتی ہے وہ عدم اشتہا (anorexia)، قبض، عسر البول، اور داغی انخفاض ہیں۔ جب ارتشاح کا پھیلاؤ ان خلوی بافتوں کے ساتھ ساتھ ہوتا ہے جو حرقعی خصری عضلہ (ilio-psoas) کے اوپر واقع ہوتی ہیں تو مرلیضہ ماؤف جانب کی

ٹانگ کو اوپر کھینچ کر لیٹتی ہے، تاکہ عضلہ مذکور ڈھیلا رہے۔ اگر انکسلاں (resolution) واقع ہونے سے پیشتر اس کو اٹھنے کی اجازت دی جائے تو وہ لنگڑائے گی، اور چلنے کیلئے جو کوشش کی جائے گی اس سے معتد بہ درد پیدا ہوگا۔ اس سے بعض اوقات ایسی امراض میں غیر متوقع ارتشاح کا انکشاف ہو جاتا ہے جس میں عمومی علامات خفیف سی قسم کے رہتے ہوں۔

طبیعی امارات۔ امتحان کرنے پر تھیل گرم اور الیم پائی جائے گی، اور جانبی قبووں میں بڑے بڑے عروق خون کا بنفضان بھی محسوس ہوگا۔ ممکن ہے کہ دیوار تھیل یا عین میں کسی دریدگی کا انکشاف ہو جائے۔ یہ موثر الذکر میں زیادہ کثرت سے پائی جاتی ہے۔

حاد حوضی علوی التہاب کے ابتدائی مدارج میں جبکہ ارتشاح مصلی ہوتا ہے اور باقیں پہنچ ہوتی ہیں ماؤف جانب میں صرف ایک خفیف سی مزاحمت ہی محسوس کی جاسکتی ہے۔ کئی ایک دن گزرنے کے بعد ارتشاح فائبرین ہوجاتا ہے، اور اس حالت میں یہ عین اور تھیل کے بالائی حصہ کے ارد گرد ایک سخت مزاحم اور الیم تودہ کی شکل میں جتس پذیر ہوتا ہے۔ یہ تودہ پھیلتا ہوا باط عریض کے قاعدہ میں پہنچ جاتا ہے، اور عین کی تثبیت اور جانبی قبوے کا انقباض پیدا کر دیتا ہے۔ بعض اوقات یہ اتنا بڑا ہوتا ہے کہ رحم کو کسی قدر ایک جانب کو ہٹا دیتا ہے، مگر رحم کی جانبی غیر وضیت کو جو اہمیت علوی التہاب کی ایک ممیز امارات کے طور پر دی گئی ہے اس میں مبالغہ سے کام لیا گیا ہے، یا شاید وہاں ہی پائی جاتی ہے اور اس کی کوئی تشخیصی اہمیت نہیں۔ ایک اہم امر یہ ہے کہ اگرچہ ارتشاح عین کے ارد گرد ایک موٹے الیم، اور متصلب کالر کی شکل میں پھیل جاتا ہے، مگر یہ بالعموم متقابل کے رابطہ عریض میں دور تک نہیں جاتا۔ لہذا حوضی التہاب علوی کا ورم زیادہ تر یک جانبی ہوتا ہے۔

بہت وسیع السدود ارتشاح کے طبیعی امارات اس راستہ کے لحاظ سے مختلف ہوں گے جو یہ یک جانبی پھیلاؤ کے لئے اختیار کرے گا۔ عام ترین طور پر یہ پایا جاتا ہے کہ (۱) یہ ایک چوڑے اور سخت بند کی شکل اختیار کر لیتا ہے جو یوٹارٹ کے رابطہ کے اندرونی حصہ سے اوپر اوپر جاتا ہے، (۲) زیادہ تہا ذ طور پر سختی عامہ کے اوپر محسوس کی جاتی ہے جہاں سے یہ خط وسطی میں ناف کی طرف بلند ہوتی چلی جاتی ہے، (۳) بعض اوقات ارتشاح حرقنی حفزہ (iliac fossa) میں موجود ہوتا ہے اور

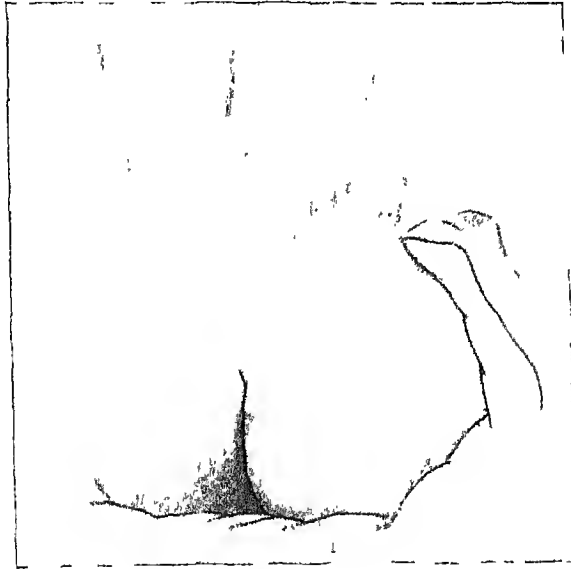
مقدم حرقنی ششک (anterior iliac spine) کے لیول پر محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اس نقطہ کے اوپر یہ پچھر صلب میں ظاہر ہو سکتا ہے، جہاں بحالت تفتیح ایک معتد بہ جسامت کا ورم بھی پایا جاسکتا ہے (دیکھو شکل ۱۴۳ و ۱۴۴) (۴) بعض حالتوں میں ارتشاح رحمی عجری شکن میں اور معائے مستقیم کے ارد گرد محسوس کیا جاسکتا ہے جہاں مستقیقی امتحان پر یہ سمت منقلب نصف دائرہ یا نعل نما تودہ کی شکل میں پایا جاتا ہے جو رودہ کی مقدم اور جانبی اطراف کو گھیرے ہوتا ہے۔ اس صورت حالات میں ڈگلس کی جیب خالی ہوتی ہے تاوقتیکہ التهاب باریطون بھی موجود نہ ہو۔ حرقنی حفرات اور خلوی خطہ کا باعیناط امتحان کرنا چاہئے، کیونکہ ممکن ہے کہ ان حصوں تک بھی ارتشاح پھیل ہوا ہو (دیکھو شکل ۱۴۳)۔

تفتیح واقع نہ ہونے کی صورت میں ارتشاح بتدریج جذب ہو جاتا ہے حتیٰ کہ اس کا کوئی نشان بھی نہیں پایا جاسکتا۔

خلوی التهابی خراج حوض (Cellulitic Pelvic Abscess)۔ حاد حوضی خلوی التهاب میں تفتیح قلیل الوقوع نہیں ہوتا۔ پیپ کی موجودگی تفتیح کے موجود ہونے، جلد کی متغیر (pitting) رقبہ منقلب میں ایک نرم مقام کے پائے جانے، اور بعد میں ایک واضح تموج (fluctuation) کے موجود ہونے سے ظاہر ہوتی ہے۔ جیسا کہ اصابات کی اکثریت میں پایا جاتا ہے ارتشاح حوض کے مقدم حصہ کی خلوی فضا میں بھرا ہوتا ہے، اور جب خراج طیار ہو جاتا ہے تو اس کا منہ باہر کی طرف بالعموم پوپاریٹ کے رباط کے اندرونی نصف کے اوپر بنتا ہے، اور زیادہ شاذ طور پر یہ اس کے بیرونی حصہ پر بھی دیکھتے ہیں آتا ہے۔ جیسا کہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے گرد خلوی خراج (perinephric abscess) بھی بن سکتا ہے جس کا منہ صلب (loin) پر ظاہر ہوتا ہے۔ سکارپا کی فضا (Scarpa's space) یا الوی خطہ میں خراج کے منہ کا ظاہر ہونا استثنائی حالتوں میں سے ہے۔ مطالعہ کنندہ کو اس اہم امر کا خیال رکھنا چاہئے کہ خلوی التهابی خراج کا مشابہ، ہسبل یا معائے مستقیم میں پھٹنا بہت ہی شاذ ہے۔ خراج کے منہ کے ظاہر ہونے کا عام وقت ولاد کے بعد ساتویں ہفتہ سے لیکر بارہویں ہفتہ تک ہے۔

تشخیص۔ خلوی التهاب کے سب سے ابتدائی امارات میں سے ایک تثبیت محض ہے،

جس کے ساتھ ایک الیم یک جانی ورم بھی پایا جاتا ہے۔ اس کے بعد یہ ورم ایک جانب کی طرف پھیل جاتا ہے اور زیادہ سخت ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات یہ قہر مہبل کو منطس کر دیتا ہے اور انجام کار پو بیارٹ کے رباط سے اوپر ظاہر ہو جاتا ہے۔ اگر ارتشاح رباط عریض کی شکلوں کو بڑی حد تک کھول دے تو تمام رحم مثبت ہوگا اور طرف مقابل کی جانب



شکل ۱۴۳۔ دائیں صلب کا ورم جو بعید زردی التهاب (Remote Parametritis) سے پیدا ہوا ہے۔ صلب کا یہ خراج زچگی کے دس ماہ بعد ظاہر ہوا۔ عرق بری طرح سے دریدہ ہو گئی تھی، اور مکمل طور پر منقوث ہو گئی تھی۔

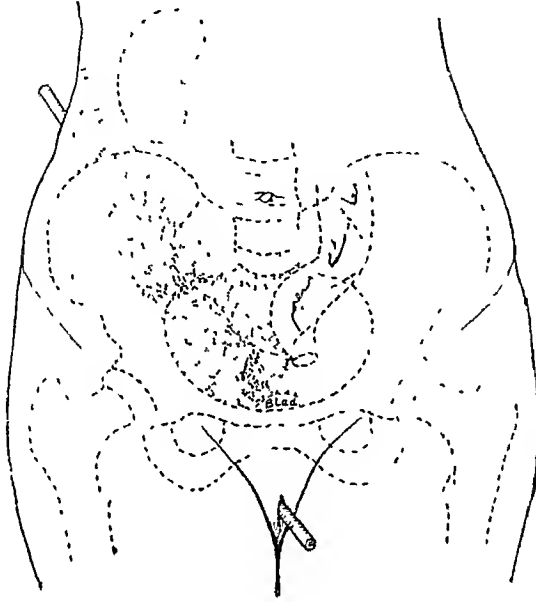
وہکیلا ہوا ہوگا (دیکھو شکل ۱۴۵)۔ جب خلوی التهاب پھیلی طرف کا رخ اختیار کرتا ہے تو اسکی شناخت بہترین طور پر مستقیبی امتحان سے کی جاسکتی ہے، جبکہ تصلب کا ایک نعل نابند جو رودہ کو محصور کئے ہوتا ہے اور رحمی عجزی باط (utero-sacral ligament) کے تصلب کے ساتھ مسلسل ہوتا ہے یا سانی محسوس کیا جائیگا۔

دو حالتیں ایسی ہیں جو غلوی التهاب کی اُس نادر الوقوع قسم کے مشابہ ہیں جو تمام ماسا رلیقائے رحم (mesometrium) کو پر کر دیتی ہے۔ (۱) اور ام دموی (hæmatomata) جو خارج الرحم محل کے دروں رباطی انشقاق، یا کسی منشق کو والی ننا وید سے پیدا ہوتے ہیں۔ (۲) رباط عربض کا لیفیہ (fibroid)۔ یہ حالتیں زیادہ تر طبعی امارات کی وجہ سے خلط ملط ہو جاتی ہیں، اور اگر سریری روئداد کا بغور تجزیہ کیا جائے تو اس سے تشخیص میں بہت مدد ملتی ہے۔ حوضی غلوی التهاب کی حالت میں نفاسی ارتقاع پیش یا بعد عملیتی تب کی روئداد موجود ہوگی، اور ورم دموی کی حالت میں قوری درء غشقا اور تھے پائے جائیں گے۔ ارتقاع حرارت خفیف سا ہوتا ہے، دیر پا نہیں ہوتا تا وقتیکہ انصباب خون متعین نہ ہو جائے۔ جہاں تک لیفیہ کا تعلق ہے شکل ۵، ۱ سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ غلوی التهاب کے انحلال کے دوران میں ایک لوندا کیسے محسوس کیا جاسکتا ہے جو دروں رباطی رخی بالید کے مشابہ ہوتا ہے۔ مزید براں غلوی التهاب کی تشخیص کی تائید کرنے کے لئے حالیہ ولادت کی روئداد موجود ہوگی، مگر سلسلہ کی حالت میں اس قسم کی کوئی روئداد موجود نہیں ہوتی۔

انذار۔ موافق صورت حالات کے تحت ارتقاع بالکل غائب ہو جاتا ہے، مریضہ کل طور پر صحت یاب ہو جاتی ہے، اور غلوی التهاب کے حملہ سے آئندہ حمل کیلئے کوئی رکاوٹ باقی نہیں رہتی۔ نتیجہ واقع ہونے کی صورت میں اگر اس پیپ کو باہر نکال دیا جائے جس کا مہمنہ بن گیا ہو تو شفا جلد حاصل ہو جاتی ہے۔ جس حالت میں پیپ رحم سے دور کے حصوں تک پھیل جاتی ہے، اور یا پچھلی طرف نقب لگا لیتی ہے اس میں شفا یابی کی مدت کئی ایک مہینوں تک طول پکڑ جاتی ہے۔ جس اصباہ کی توضیح ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ میں کی گئی ہے اس میں خراج کے صلب میں ظاہر ہونے سے پیشتر مرض کا سلسلہ دس ماہ تک جاری رہا تھا۔ جب تمام راستہ کی میلیت کر دی گئی تو جوف (sinus) بند ہو گیا اور مریضہ کو جلد شفا ہو گئی۔

علاج۔ قبائلی اور جراحی دست و زریوں میں عبیم العفونت طریقہ کار پر سختی سے کاربند ہوتے، اور عنقی اور مہیلی دریدگیاں پیدا نہ ہونے دینے سے حادثہ استثنائی غلوی التهاب کے وقوع کو روکا جاسکتا ہے۔ جب مرض مسلط ہو جائے تو اسکا علاج

مریضہ کو ایک طویل مدت تک بستر میں آرام دینے، نمکین میندات کا استعمال کروانے،
 شکم کے حصہ زیرین پر تمکید کرنے، اور گرم مہلی نظولات اور برقی غسلوں (electric-
 light baths) سے کرنا چاہئے شیمٹ (Schmitt) اور گیل ہارن (Gellhorn) نے
 سفید غلیات کی تعداد بڑھانے اور ارتشاح کو جذب کرنے کے لئے پروفٹینی علاج کیا ہے

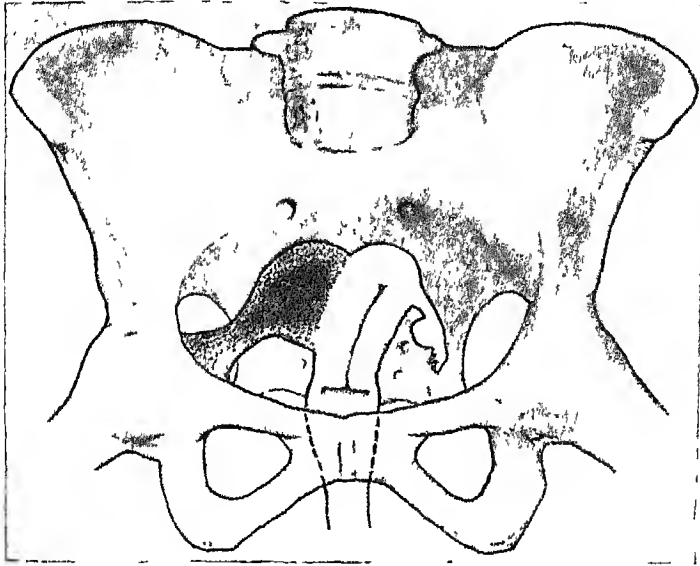


شکل ۱۴۲۔ بعد زورخمی التهاب (Remote Parametritis)۔ یہ اس
 اصابہ کی ایک سنگیم ہے جو شکل ۱۴۳ میں دکھایا گیا ہے۔ اس میں ایک
 مسیلیتی ٹی دکھائی گئی ہے جو تمام متوقع خطہ میں گزاری گئی تھی۔

جس میں انھوں نے نا تو شید و نیم گرم دودھ، پیپٹون (peptone) یا خون کا اشتراک رقیق فرم
 (iliac crest) کے نیچے کے عضلات میں کیا ہے۔

پولیک (Polak) یہ دستور دیتا ہے کہ ہر تیسرے دن ۵ کعب سنٹی میٹر دودھ کا
 دروں عضلی اشتراک کرنے کے علاوہ برقی حرارت رسائی (diathermy) کا بھی استعمال کیا
 جاسکتا ہے۔ اینجیزاب کو مارو پھینا۔ نیمہ کب۔ ایچ ٹیکسٹین کے مولات (tampons) اور

گلیسرین کے گرم مہلے اشترابات ایک کافی حد تک مفید ہیں۔ محراب مہلے اور عرق کے مغزتہ زو زخموں کا مناسب علاج ضروری ہوتا ہے۔ جب پیپ بن جائے توخراج کو ضرور جلد کھول دینا چاہئے، اور مناسب میلیت کا انتظام کر دینا چاہئے۔ جن حالتوں میں حرقہ فیہ خصرہ



شکل ۱۴۵۔ وائیں عریض رباط میں نذر سخی ارتشاح جس سے رحم کے لیفیہ (fibroid) کے سے سرسری امارات پیدا ہوتے ہیں (وٹر وائر اور روج کے مطابق)۔

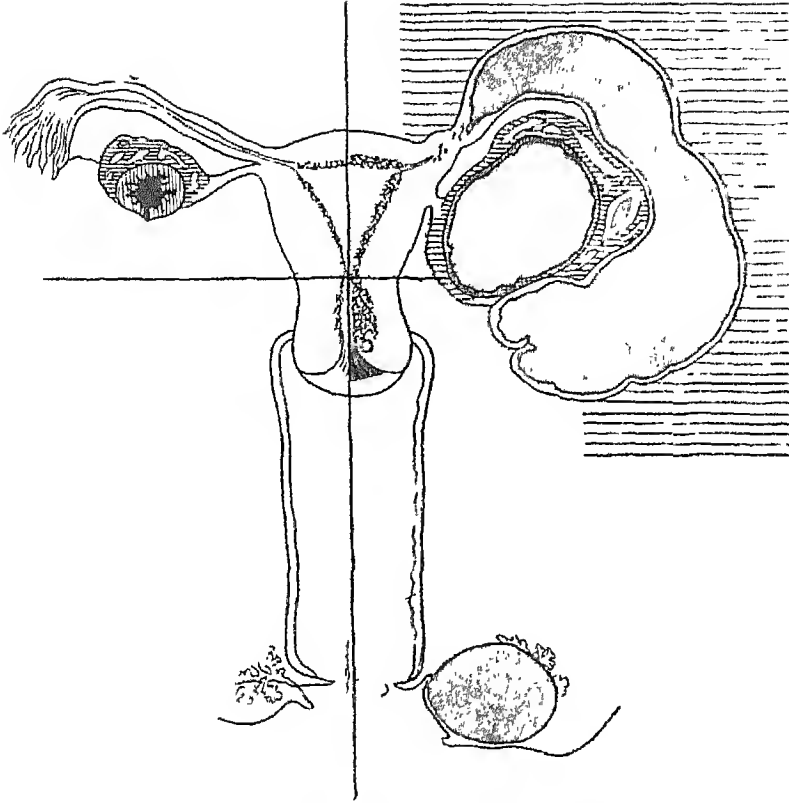
(ilio-pscos) کے نیچے ارتشاح کے موجود ہونے کی وجہ سے ران مدت تک خمیدہ رہی ہو ان میں گھٹنے کے جوڑ کو تقبض سے بچانے کے لئے ٹائٹنسٹ لوڈ ویبلٹی جیمپر (double-inclined splint) پر رکھا جاتا ہے اور اس پر انفعالی حرکت اور دھک کے لئے ہر روز کھول دیا جاتا ہے۔

نوعی سرشتیں

(SPECIFIC INFECTIONS)

نسوانی سوزاک

تاریخی بحث۔ گونوریا (gonorrhoea) کا لفظ جو *gonia* (تخم) اور *rrhoea* (سیلان) سے مرکب ہے سلسلہ سے رائج ہے۔ جالینوس نے اس نام سے اس سیلانِ یم کو تعبیر کیا تھا جو مرد کے مبال سے اس عارضہ میں واقع ہوتا ہے جس کے متعلق ہمیں اب یہ معلوم ہے کہ یہ ایک متعدی زہراوی مرض ہے۔ اس کا یہ خیال تھا کہ گونوریا (سوزاک) منی کا غیر اختیاری سیلان ہے۔ لہذا الجناظ اشتقاقی و گونوریا کی اصطلاح جس کے لفظی معنی سیلانِ منی ہیں درست نہیں۔ سفر اللاتین (Book of Leviticus) (باب یازدہم) میں حضرت موسیٰ نے اس کے حفظ و التقدیم کے متعلق قواعد وضع کئے۔ اور متنبیہ الاشتراع (Deuteronomy) سے یہ پتہ چلتا ہے کہ اگر مرد کو یہ معلوم ہو جائے کہ اس کی بیوی مرضِ سوزاک میں مبتلا ہے تو اسے اس کو طلاق دے دینے کا حق حاصل تھا۔ اس طرح تورات سے ہمیں سلسلہ ق م تک کی خبر ملتی ہے۔ علاوہ ازیں اس مرض کا علم قدیم جاپانیوں، مصریوں، اہل روم اور یونانیوں کو بھی تھا۔ قدیم مؤلفین نے نسوانی سوزاک کی طرف توجہ نہیں کی، اور ان کو دروں باریطونی پیچیدگیوں کا علم نہیں تھا۔ چودھویں صدی کے اختتام کے قریب سوزاک کی ساری اور متعدی خاصیت کا علم ہونا شروع ہوا، اور قبحہ خانوں کے طبی معائنے شروع ہوئے۔ پندرھویں صدی کے اختتام پر آتشک کی اولین وبا نے عظیم تمام یورپ میں پھیلی۔ اور چونکہ یہ نسبتاً ایک بیمار مرض تھا اس لئے آتشک اور سوزاک کے درمیان بہت سا خلط بحث پیدا ہو گیا۔ موخر الذکر مرض آتشک کی ایک پیچیدگی تصور کیا جاتا تھا۔ اور یارہ اور عشبہ (sarsaparilla) کے ساتھ اس کا نہایت شد و مد سے علاج کیا جاتا تھا۔ جان ہنٹر (John Hunter) نے مئی ۱۷۶۶ء میں سوزاک اور آتشک کے باہمی تعلق کا تصدیق کرنے کے ارادہ سے ایک نشتر کو سوزاک کے ایک مبینہ مریض سے حاصل کردہ زہراوی مواد میں ڈبوایا اور اس سے اپنے قنبیب پر دو کچے



زنا نہ تناسلی خطہ کی سوزاکی سرائت کی سکیم (بجے۔ لے۔ امین: J.A. Amann کے مطابق)۔ بارقھولین کی قنات کا خراج (زرد)۔ سوزاکی الہتھاب مبال اور زود مبال خراج (زرد نقطہ دار)۔ سوزاکی الہتھاب منق (زرد)۔ تامل (سرخ)۔ دروں رچی الہتھاب (زرد نقطہ دار) انبوی اجماع یم (pyosalpinx) (زرد)۔ اس عالت میں جھالریں اندر کو کچی ہوئی ہیں۔ لیوینی خراج (زرد اور دیوار سرخ)۔ گرد انبوی الہتھاب (perisalpingitis) ، گرد میننی الہتھاب (perioöphoritis) ترضی باریطونی الہتھاب (زرد غلط)۔

لگا کر اپنے آپ کو اشراب کیا۔ اسے آتشک ہو گیا جس سے اس نے یہ نتیجہ نکالا کہ آتشک سوزاک سے پیدا ہوتا ہے۔ اس لئے ماہیت سوزاک کی صحیح توضیح میں تاخیر ہوئی اور اس خیال کی تصحیح ساٹھ سال سے زائد عرصہ تک نہ ہوئی۔ فلپ رکورڈ (Phillipe Ricord) (۱۸۳۱ء تا ۱۸۸۳ء) نے سوزاک کی پیپ کے ۶۶ اشراب کئے اور کسی ایک اصابہ میں بھی آتشک پیدا نہ ہوا اور اس سے یہ ثابت ہو گیا کہ سوزاک اور آتشک الگ الگ امراض ہیں۔ رکورڈ سوزاک کو نوعی مرض تصور نہیں کرتا تھا، بلکہ اس کا یہ خیال تھا کہ یہ ایک ”سادہ“ نازلت (catarrh) ہے جو غشائے مخاطی پر مختلف خراش اور عموماً کے اثر کرنے سے پیدا ہوتی ہے۔ منجملہ ان عوامل کے وہ رحم کے نازلتی، نفاسی اور طبعی موادوں کا ذکر کرتا ہے جن سے اس کے پیدا ہونے کا خاصکر احتمال ہوتا ہے۔ ۱۸۶۸ء میں سالیسبری (Salisbury) نے خلیاتِ رحم میں ایسے بذور دریافت کئے جو دودو اور چار کے مجموعوں میں تھے، اور ۱۸۶۲ء میں ہلیئر (Hallier) نے رحم سوزاک میں ایکسٹروکوکس (micrococcus) کا انکشاف کیا۔

۱۸۶۹ء میں نیسر (Neisser) نے ان خروبتات کی اور ان کے طرز تقسیم کی کیفیت بیان کی، اور ان کو خروبتاتِ سوزاک (gonococci) کے نام سے موسوم کیا۔ وائٹن چین (Watson Cheyne) نے بھی خروبتاتِ سوزاک (gonococci) کا اسی سال انکشاف کیا جس سال میں نیسر (Neisser) نے کیا، لیکن اس نے اپنے انکشاف کو ۱۸۸۵ء تک شائع نہیں کیا۔ ۱۸۷۱ء میں نیویارک کے ایمیل نوگیرائتھ (Emil Noeggerath) نے ”عورتوں کے سوزاکِ مخفی“ کی طرف توجہ دلائی۔ اس سے قبل نسوانی سوزاک ایک مہملی التهاب تصور کیا جاتا تھا۔ نوگیرائتھ پہلا شخص تھا جس نے اس امر پر زور دیا کہ رحم، زوائد اور باریکوں کا التهاب سوزاک کا بلا واسطہ نتیجہ ہوتا ہے۔ اس نے یہ ثابت کیا کہ یہ مرض طویل مدت تک مخفی رہ سکتا ہے، اور اس نے اس کے معقم اثرات کی طرف توجہ دلائی۔

خلاصہ۔ رکورڈ (Ricord) نے لمحاظ مرض سوزاک کی الگ حیثیت متعین کی۔ نوگیرائتھ نے یہ ثابت کیا کہ یہ ایک صعودی سرایت ہے جو عقم اور نفاسی سرایت پیدا کر سکتی ہے۔ اور اس نے اس مرض کی طویل المدت متعذبت کی طرف بھی اشارہ کیا جو جو ایک بہت اہم امر ہے نیسر (Neisser) نے ۱۸۷۹ء میں اس نوعی دو قبیہ (diplococcus)

مظاہر ہو گیا جس کے ساتھ اس کا نام اس وقت سے منسوب چلا آ رہا ہے۔ ۱۸۸۵ء میں بجم (Bumm) نے نبتہ سوزاک (gonococcus) کو ایک مصنوعی وسیع پر پیدا کیا۔ ۱۸۸۶ء میں پیرس کے رو (Roux) نے نبتات سوزاک کو گرام (Gram) کے طریقہ تخلوین سے تمیز کرنے کا طریقہ شائع کیا۔

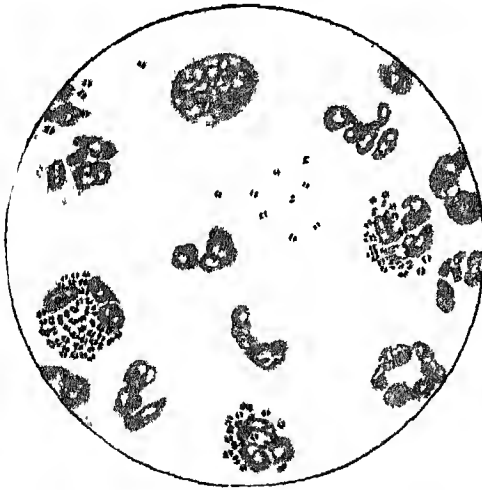
جرثومیات - نبتہ سوزاک (gonococcus) کے اکثر و بیشتر جوڑے بائے جاتے ہیں، لیکن یہ پار چار کے گروہوں میں بھی دیکھا جاتا ہے، اور گاہے گاہے آٹھ آٹھ کے گروہ بھی موجود ہوتے ہیں۔ ان کی شکل کسی قدر گڑبڑ ممانہ ہوتی ہے اور ان کو تخم ہائے قہوہ سے تشبیہ دی گئی ہے۔ اور یہ اس طرح مرتب ہوتے ہیں کہ ان کی مقعر سطحیں ایک دوسرے کے بالمقابل اور نزدیک ہوتی ہیں (دیکھو شکل ۱۶۶)۔ نبتہ سوزاک کا طویل قطر پیمائش میں ۸ و ۱۰ سے لیکر ۱۵ و ۱۶ میک ہوتا ہے۔ اور اس کا چھوٹا محور ۶ و ۸ سے ۵ و ۷ میک ہوتا ہے۔ یہ غیر متحرک (non-motile) ہوتے ہیں۔ ان کی مثالی شکل اور ترتیب پیپ سے طیار کردہ آلوی تجہیزات (smear preparations) میں بہترین طور پر دیکھنے میں آتی ہے۔ جب تجہیزات وسائل کاشت پر کی بالیدگیوں سے طیار کی جاتی ہیں تو نبتات سوزاک (gonococci) کی جسامت میں مستندہ اختلاف دکھائی دیتا ہے اور ان کی شکل گول ہوتی ہے۔ اگر ریم سے فلم طیار کی جائے تو عضویہ خلیات ریم کے اندر پائے جاتے ہیں اور ان کا یہ خاصہ ان کی شناخت کے لئے اہمیت رکھتا ہے۔

نبتات سوزاک گرام منفی (Gram-negative) ہوتے ہیں، اور معمولی وسائل کاشت پر ان کا پیدا کرنا مشکل ہے۔ نبتہ سوزاک کی طرح کے کم از کم دو اور تہیجے بھی ہیں جو طریقہ گرام سے غیر ملون رہتے ہیں، اور یہ سمانی نبتہ (meningococcus) (وروں خلوی سمانی النہابی و نبتہ diplococcus intracellularis meningitidis) اور ایک نبتہ

عنبیہ (staphylococcus) ہیں۔ موزال ذکر نازلی نبتہ (micrococcus catarrhalis) کے نام سے مشہور ہے۔ قبل الذکر نہ صرف اپنے صفات اور تعلاتی توہین ہی میں نبتہ سوزاک سے مشابہت رکھتا ہے بلکہ اس کی طرح خلیات ریم کے اندر بھی پایا جاتا ہے۔ ان دونوں عضویوں کے درمیان تقریبی تشخیص کرنے کے لئے یہ ضروری ہے کہ کاشتی اختلافات پر اعتبار کیا جائے، اور یہ تشخیص اس لہر سے آسان ہو جاتی ہے کہ سمانی نبتہ (meningococcus)

مصنوعی وسائل پر باسانی نشوونما پاتا ہے۔ اگر وہ مائی نغاعی سیال میں گرام منفی دوہیتے (diplococci) پائے جائیں تو ان کو بجا طور پر مائی نغاعت (meningococci) تصور کیا جاسکتا ہے، اور اگر اعضائے تناسل کے افراز میں گرام منفی دوہیتے (diplococci) پائے جائیں تو اس سے یہ نتیجہ حاصل ہوتا ہے کہ یہ نغاعت سوزاک (gonococci) ہیں۔ مگر بعض اوقات ایسا بھی ہوا ہے کہ مائی نغاعت ممال اور زمانہ اعضائے تناسل میں بھی پایا گیا ہے، اور اس لئے یہ ضروری ہے کہ صحیح تشخیص کرنے کے لئے کاشتیں طیار کرائیں۔

نازنی حرز بقہ (micrococcus catarrhalis) بھی ممال میں



پایا گیا ہے۔ یہ عام طور پر ایسے وسائل مثلاً ایگر (agar) بیٹنی (broth) اور چلائین پر جو عام طور پر استعمال کئے جاتے ہیں بکثرت پیدا ہوتا ہے۔ اور بقہ سوزاک سے زیادہ بیضوی اور کسی قدر بڑا ہوتا ہے۔

نغاعت سوزاک

شکل ۱۶۶ نیسیر (Neisser) اور واطسن چین (Watson) نے ممال میں نغاعت سوزاک کا انکشاف کیا تھا۔ یہ فلم مو او مہیل سے طیار کی گئی تھی اور لوکلر متھیلین بیوس سے اسکی تلویں کی گئی تھی۔ نغاعت سوزاک ریخی خلیوں کے باہر اور ان کے اندر بھی پڑے ہوئے دکھائی دیتے ہیں۔

(آئی۔ شوا: E. Shaw)

(gonococci) خون ایگر (blood-agar) اور قیلہ مائی سیال آمیز ایگر (hydrocele-fluid agar) پر پیدا کئے جاسکتے ہیں (ویسٹرن: Western: میٹوری: Mallory:)

جلد ہی مر جاتی ہیں اس لئے ان کی بالیدگی کو برقرار رکھنے کے لئے ہر تیسرے دن ذیلی کاشتوں کا طیار کرنا ضروری ہوتا ہے، اور اس پر بھی ان کی قوت تولید نہ سائے ہو جاتی ہے

(ای۔ شا: E. Shaw) اس عضو کو رطوبت کی ضرورت ہوتی ہے، اور یہ خشک ہوا میں زندہ نہیں رہتا۔ اور یہ حرارت کے کم درجوں پر (مثلاً ۳۲ تا ۳۳ درجہ پر) امنٹ تک گرم کرنے سے ہلاک ہو جاتا ہے۔ ان ہر دو امور سے سوزاک کے علاج میں استفادہ کیا گیا ہے۔ مذکورہ بالا خصوصیات کے علاوہ اس امر کا ذکر نا بھی ضروری ہے کہ بقیہ سوزاک (gonococcus) میں نسل انسان کے لئے ایک انتہائی طفیلی توافق پایا جاتا ہے۔ اعلیٰ فرد بھی اس سے باسانی سرائت زدہ نہیں ہوتے۔

امراضیات سم (toxin) اور قضر۔ بقیہ سوزاک (gonococcus) سے ایک دروں سم (endotoxin) پیدا ہوتا ہے جس سے ایک فعال التهابی رد عمل شروع ہو جاتا ہے۔ یہ ظاہر ہے کہ یہ سم عضو مذکور کے جسم سے اس کی موت کے وقت آزاد ہوتا ہے۔ التهاب سطحی استردار سطحوں کے ساتھ ساتھ پھیلتا ہے اور اس سے عام طور پر سر حملہ کا تخیر واقع نہیں ہوتا۔ لیکن بعض اوقات ہو بھی جاتا ہے، اور ایسی حالت میں سرائت کی توسیع نیچے کی بافتوں تک بہت جلد ہو جاتی ہے۔ اور اس سے تخیر اور خراج پیدا ہو جاتا ہے۔ التهابی ارتشاح مصل اور کثیر الاشکال نواتی سفید خلیوں (polymorpho-nuclear leucocytes) پر مشتمل ہوتا ہے۔ فائبرین یا تو بنتی ہی نہیں اور اگر بنتی ہے تو بہت تھوڑی۔ سفید خلیے شخم جذب کر لیتے ہیں اور زیر سطحی بافتوں میں جمع ہو جاتے ہیں جہاں یہ برہنہ آنکھ سے ایک تنگ غیر شفاف اور زردی مائل منطقہ کی شکل کے دکھائی دیتے ہیں۔ زیادہ مزمن ضررات میں زیر معاطی بافتوں میں کثیر التعداد لمفی خلیات (lymphocytes) کی درریش ہو جاتی ہے، مصلی خلیات بافراط پائے جاتے ہیں اور ایوسین پسہ خلیات (eosinophiles) بھی کافی زیادہ ہوتے ہیں۔

بقیہ سوزاک اگرچہ ایک ایسا عضو ہے جو طبعی طور پر اغشیہ معاطی میں رہتا ہے لیکن اس میں بافتوں اور خون میں نفوذ کرنے کی قابلیت بھی موجود ہے۔ چنانچہ مقل قلب، اغشیہ مصلیٰ اور اسحیمہ (meninges) کی سروجی سرائت سے سوزاک بقی عفوئت الدم (gonococcal septicæmia) پیدا ہو سکتی ہے۔ عورتوں میں سوزاک زیادہ خطرناک ہوتا ہے کیونکہ اس سے ان میں دور رس ضررات پیدا ہوتے ہیں، اور علاج کرنے کے باوجود اس سے شفا نہیں ہوتی۔

ابتدا میں حاد ہونے کے بعد اس کا میلان کم فعال ہو جانے اور مزمن شکل میں سالوں تک برقرار رہنے کی طرف ہوتا ہے۔ ان مزمن حالتوں میں ابتدائی سرائت کی موجودگی کا مظاہرہ کرنا بالعموم بہت مشکل ہوتا ہے، کیونکہ مختلف اقسام کے ریمز اعضوں سے سرائت واقع ہو جاتی ہے۔ نبقات عینیہ (staphylococci) "قولونی ٹائٹھیات (coliform" bacilli) اور "ڈیفٹیریہ ٹائٹھیات" ("diphtheroid") جراثیم بافراط پائے جاتے ہیں، اور جب تک خون نبتہ سوزاک کیلئے مثبت "تشخیصیت منتم" ("complement fixation") کا تعامل ظاہر نہ کرنے، ابتدائی شکایت کے متعلق سریری روڈاڈ اور سرائت کے مزمن ہونے سے صرف شبہ ہی کیا جاسکتا ہے۔ یہیں ایسی عورت کے معرظہ فی مواد میں نبتہ سوزاک کا مظاہرہ کرنے میں ایک سے زائد موقعوں پر ناکامی ہوئی ہے جس کے خاوند کے متعلق ہیں یہ معلوم تھا کہ وہ سوزاک کی فعال سرائت کا مریض ہے۔ نبتہ سوزاک سے التهاب عام طور پر تمام تناسلی خطہ میں اور مہال اور مثانہ میں پھیل جاتا ہے، اور بعض اوقات یہ اوپر کی طرف حالبین اور گردوں تک بھی پھیل جاتا ہے۔ لیفی ناہضات (fibroblasts) پر اس کے سم کا یہ اثر ہوتا ہے کہ ان سے کالین (collagen) بافراط نکلنا شروع ہو جاتی ہے جس سے ندبی بافت (scar-tissue) اور انقباض پیدا ہو جاتا ہے۔ نیز یہ بھی کہا جاتا ہے کہ اس سم کی وجہ سے وہ گلیٹیاں بھی پیدا ہوتی ہیں جو سوزاک کی حاد حالتوں میں دیکھنے میں آتی ہیں۔

سریری مقدمات - تحقیقات کے لئے مواد کا جمع کرنا۔ اس کے لئے ان مقامات کا علم ہونا ضروری ہے جن میں نبتہ سوزاک پوشیدہ رہتا ہے۔ اور یہ مقامات مختصر اور نشر کی دہنے اور طاقے (crypts) ہیں جو خارجی اعضائے تناسل اور نیزہ قتال عنق سے علاقہ رکھتے ہیں (دیکھو صفحہ ۱۲) اور وہ یہ ہیں مہال معہ گرد مہالی غد کے فتحات کے جو اس کے فرش پر کھلتے ہیں، اینیبیاتی سکین (Skene's tubules) بارتھولین کی قناتوں کے دہنے، اور نخر میں عنقی دروں رحمہ اور نخری کے جراثیمات (Nabothian follicles)۔ ان مملات سے افزا حاصل کیا جاسکتا ہے۔ عنق سے نمونہ حاصل کرنے کیلئے فرگسن یا سمس کا منظار داخل کرنے سے فہم خارجی کو منکشف کر لیا جاتا ہے۔ اگر مخاط یا مخاطی ریم بافراط موجود ہو تو اسے سوڈیم بائی کاربونیٹ کے مرکب محلول سے دور کر دیا جاتا ہے

اور ایک تار جس پر عقیم روئی لپیٹی ہوتی ہے غنقی قنال میں اوپر کی طرف کو گزار دیا جاتا ہے اور غنائے محاطی پر اسے خوب رگڑا جاتا ہے۔ اس سے کسی قدر سہولت اپنے افراز اور تھوڑے سے خون کے ساتھ اتر آتا ہے۔ اس کے بعد اس پچارے (swab) کو اس کی نلی میں رکھ کر متصل میں بھیج دیا جاتا ہے جب اس عضو پر کا انکشاف غنقی افراز میں نہیں کیا جاسکتا تو اس حالت میں بھی غد کے گہرے حصوں میں اس کا پایا جانا ممکن ہوتا ہے بشرطیکہ خردبین سے امتحان کرنے کے لئے بافت کا ایک ٹکڑا کاٹ لیا جائے۔ مواد سے فلموں کا فوراً طیار کر لینا اور مذکورہ بالا طریقہ سے پچارے (swab) حاصل کرنا بھی مناسب ہوتا ہے کیونکہ موخر الذکر پر کا مواد جلد خشک ہو جاتا ہے اور بنفہ سوزاک مصنوعی وسائط پر مشکل سے اگنے کیلئے مشہور و معروف ہے۔

مبادل کا مواد مہبل کی مقدم دیوار کے ساتھ ساتھ اندر سے باہر کی طرف انگلی گزارنے سے حاصل کیا جاتا ہے جب کہ سیال دب کر منفذ سے باہر آ جاتا ہے۔ دباؤ لٹنے سے بار تھولین کی قناتوں سے بھی پیپ خارج کی جاسکتی ہے۔ زیادہ منفذ گرد مہبلی طاقوں (peri-urethral crypts) میں پلائیم کا ایک باریک چنبر گزارا جاسکتا ہے اور تھوڑی سی متقیج جراب میں منظر میں سے عقیم نشتر کے ذریعہ سے کچھ کاٹا جاسکتا ہے۔ اس امر کی ضرورت احتیاط کرنا چاہیے کہ فرجی یا مہبلی افرازات سے تھوٹ واقع نہ ہو جائے۔ فلموں کے طیار کرتے اور انکی تلوین کے طریقے نیچے درج کئے گئے ہیں۔

۱۔ بنفات سوزاک کے تلوین کے طریقے۔ پچارے یا پلائیم کے چنبر پر کے افراز کو شیشہ کے ایک صاف شربہ پر جس پر چکن ہٹ بالکل نہ ہو پھیلا دینا چاہئے۔ بعد ازاں شیشے کے شعلہ میں سے اس کو تین دفعہ گزار کر مثبت کرنے کے بعد جنسن (Jensen) کے طریقہ سے اسکی تلوین کرنا چاہئے۔ اسکے بعد ۱۱ اینج روغن غرق عدسہ سے امتحان کیا جاتا ہے۔

(۱) میتھیل وائیولیٹ (۶ بی) [methyl-violet (6B)] کے ۵۔۵ فی صدی آبی محلول سے

نصف منٹ تک تلوین کرو۔

(۲) میتھیل وائیولیٹ کو گرہو اور آئیوڈین کا محلول (آئیوڈین احصہ۔ پوٹاشیم آئیوڈائیڈ

۲ حصہ۔ کشید کیا ہوا پانی ۱۰۰ حصہ) ڈال کر اسے ایک منٹ تک رستہ دو۔ (بقیہ صفحہ آئندہ)

سابق الذکر بیان کی سرسری اہمیت پر ضرور زور دینا چاہئے، یعنی سوزاک کے خطرناک ہونے کا ایک بہت بڑا سبب بنقات سوزاک کی وہ طاقت ہے جس سے یہ غیر متقدر سرسری بافتوں میں نفوذ کر جاتے ہیں۔ جب ایک دفعہ یہ سطح کے نیچے پہنچ جاتے ہیں تو یہ بافتیں ان غذا ہضم پہنچاتی ہیں اور ان کی حفاظت کرتی ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ سوزاک مزمن ہو جاتا ہے اور اکثر خفیہ خوں کا اظہار کرتا ہے۔

سوزاک کے خلاف ممانعت پیدا نہیں ہوتی۔ اگر بیوی خاوند کی وجہ سے ایک دفعہ سوزاک میں مبتلا ہو جائے تو وہ اُسے بار دیگر سرائٹ زدہ کر سکتی ہے۔ مزمن اصابات اتنے ہی زیادہ خطرناک ہیں جتنے زیادہ عام ہیں، جس کی وجہ یہ ہے کہ سوزاک ان موضوعی امارات کے بغیر ہی جو سرائٹ زدہ شخص کو اس کی موجودگی سے آگاہ کر دیں مزمن حالت میں موجود رہ سکتا ہے۔

جب عضو یہ بذریعہ ممانعت منتقل ہوتا ہے تو مرض کا اوسط زمانہ حضانت تقریباً تین دن ہوتا ہے۔ مگر امراض النساء کے لئے سب سے زیادہ عظیم الہمیت یہ امر ہے کہ عورتوں میں صحیح محل سرائٹ کی تعیین کی جائے اور اس کا انحصار کسی حد تک اعصاب تال کے تشربھی خصوصیات پر ہوتا ہے۔ جو منفذ زیادہ بلند واقع ہوتا ہے اس کے اس منفذ کی نسبت جو زیادہ نیچے کھلتا ہو سرائٹ سے بچ جانے کا زیادہ امکان ہوتا ہے۔ اگر عنق نیچے آگئی ہو اور مہبل کشادہ لب ہو تو قبل الذکر ہی تطعیم (inoculation) کا اولین محل ہوتی ہے۔ مہال اور عنق کا اکٹھے سرائٹ زدہ پایا جانا بہت عام ہے۔

سوزاک کی التهاب فرج۔ حاد التهاب فرج بالعموم التهاب مہال (urethritis) اور گرد مہالی غد کے التهاب کے ساتھ پایا جاتا ہے، اور بارتھولینی التهاب (Bartholinitis) بھی اس کے ساتھ قلیل الوقوع نہیں۔ حاد وجہ میں افراز باقرط خارج ہوتا ہے۔ یہ قبیح ہوتا ہے اور اسکی رنگت زردی مائل سبز ہوتی ہے سیپ کے خراش اور

بقیہ حاشیہ صفحہ گذشتہ۔ (۳) آئیوڈین کو اکھل مطلق سے دھو ڈالو حتیٰ کہ اس کا رنگ دور ہو جائے۔

(۴) نیرٹرل ریڈ (neutral red) ۱:۱۰ فیصدی سے تلوین مقابل کرو۔

(۵) پانی سے دھو ڈالو۔ اور خشک کر کے ترکب کرو۔

اثر کی وجہ سے خارجی اعضائے تناسل پر "مٹے" ("warts") (نوکلر فلطاحی سلعاست - condylomata acuminata) بن جاتے ہیں (دیکھو شکل ۱۷۹ و ۱۸۰)۔ حاد اصابات میں پیپ سے طیار کردہ فلوں میں بنقہ سوزاک بالعموم آسانی سے مل جاتا ہے۔

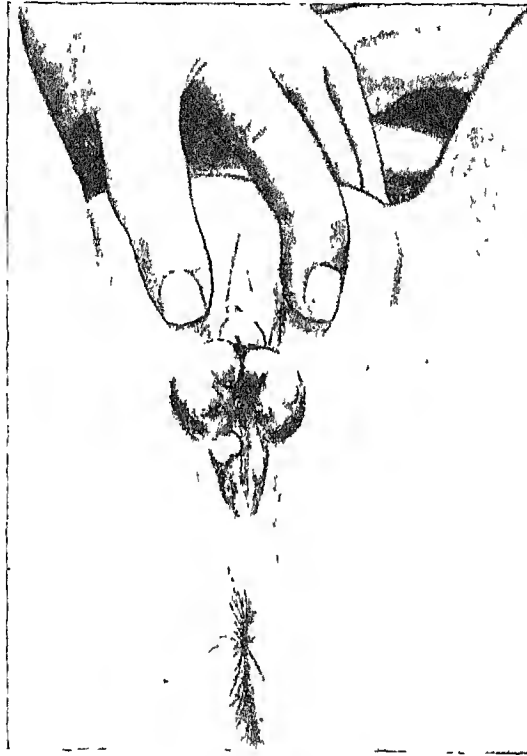
حاد التهاب فرج کی شدید ترین قسم بچوں کے فرجی ہسلی التهاب میں دیکھنے میں آتی ہے۔ امریکہ میں سن ۱۹۰۰ء میں دس سال سے کم عمر کے بچہ سرائٹ سوزاک سے فوت ہوئے۔ اور ان میں سے اکثر میں سرائٹ براستہ ہسلی واقع ہوئی تھی۔ شفر تین صغیر کبیر نہایت سنخ، متورم، متہیج، اور درد خیز ہوتے ہیں، اور بعض اوقات آپس میں منضم ہو جاتے ہیں (دیکھو شکل ۱۸۱)۔ شفر تین صغیر یہ کبھی کبھی ایک کاذب غشبان جاتی ہے۔ اس عارضہ سے اربی غد متورم ہو جاتے ہیں، اور اس میں کسلندی اور ارتفاع پیش پایا جاتا ہے۔ حملہ مجرمانہ کے واقعات میں بعض اوقات شدید ضربتی ضررات پائے جاتے ہیں، لیکن چھوٹی عمر کے بچوں میں التهاب فرج کسی واضح ضرر کی عدم موجودگی میں بھی واقع ہو سکتا ہے اور ایسی حالت میں بنقہ سوزاک اعضائے تناسل تک تو لیے یا انگلیوں کے ذریعہ سے پہنچتا ہے۔ بعض اوقات سوزاک سرائٹ وبائی صورت میں بھی نمودار ہوتی ہے۔ اس امر کی ایک مثال کا حوالہ سکش (Skutsch) نے دیا ہے جس میں ۲۳۶ لڑکیاں ایک حمام (public bath) میں سرائٹ زدہ ہوئی تھیں۔

علاج۔ ابتدائی مدارج میں ہسلی نطولات (vaginal douches) کا استعمال نہ کرنا چاہئے، بلکہ مرہضہ کو دن میں دو تین دفعہ غسل (bath) میں آدھ گھنٹہ تک بٹھا دیا جائے اور وقفوں میں بورک لنت (boric lint) کو گرم عقیقہ پانی میں ڈبو کر اور نیچر کر شفر تین کے

La Féra, "Vulvo-vaginitis in Children," Trans. Amer. Pediatric Soc., 28th Session, Washington, 1916; see also B. K. Rachford in same Transactions.

Stein, "A Clinical Investigation of Vulvo-vaginitis," Surgery, Gyn. and Obstet., 1925, vol. xxxvi; also "Gonorrhoea," Am. Jl. Obst. Gyn., x, 1925.

درمیان اور فرج کے اوپر رکھنا چاہئے۔ جب حادثہ فرو ہو جائے تو بیش تنشی محلول نمک سے فرج اور مہبل کی آبیاری کرنا چاہئے، اور اس کے بعد کولosal سلور آئیوڈائیڈ (colossal silver iodide) ۱۰ فی صدی، یا ایکری فلیوین (acriflavine) اور کلیسیرین



شکل ۱۷۱۔ فرجی مہبل التهاب ۳۱ سال کی لڑکی میں۔ شفر تیز، صغیر کا التهابی تہج دکھایا گیا ہے۔

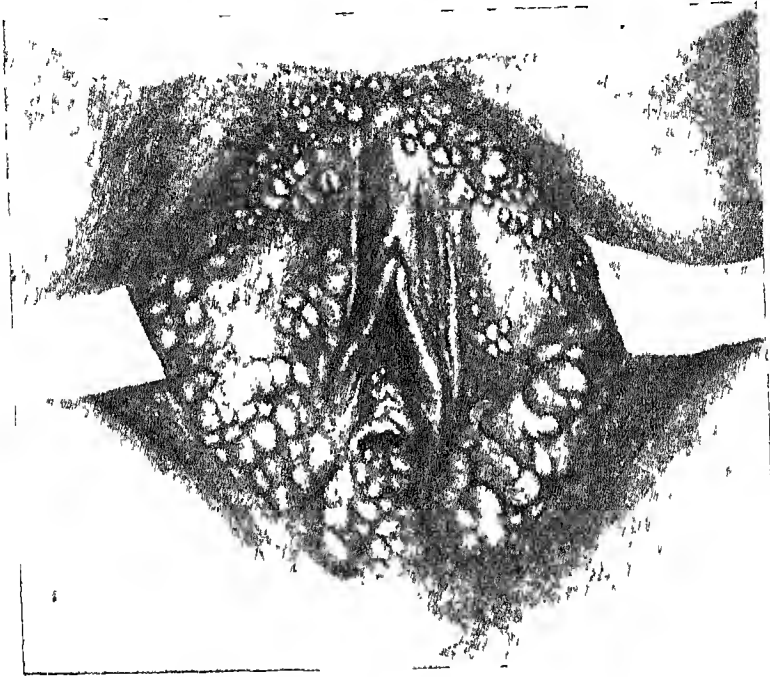
(۵۰۰ میں ۱) لگاتا چاہئے۔

سوزناکی التهاب میال (Gonorrhoeal Urethritis)۔ یہ خاصہ نہایت کثیر النوع ہے، اور بالعموم تازہ سرایت کی حالتوں میں پایا جاتا ہے۔ تین دن میں مواد قہجی ہو جاتا ہے، اور منقذ کے منورم لب غشائے مخاطی کے شترہ خارجی کی وجہ سے

نمایاں سُرخ شکلوں کی شکل اختیار کر لیتے ہیں، اور ان کے درمیان سبزی مائل زرد پیپ کا ایک قطرہ مرتفع ہوتا ہے۔ یہ قتال عنق مثلاً تک ایچم ہوتی ہے، اور دروں بین (endoscope) سے امتحان کرنے سے متورم غشائے مخاطی پیپ سے پوشیدہ دکھائی دیتی ہے، اور اس کو دور کرنے کے بعد ایک نرخی سُرخ سطح ظاہر ہو جاتی ہے۔ مریضہ کی عمومی حالت زیادہ متاثر نہیں ہوتی۔ موضوعی طور پر بتول کے بعد گدگدی یا جلن محسوس ہوتی ہے۔ اس کے بعد ارتفاق (symplysis) کے اوپر خفیف سا دباؤ مسلسل محسوس ہوتا ہے یا دورانی بتول میں اینٹھن کے سے درد کی شکایت پیدا ہو جاتی ہے۔ ان موضوعی علامات میں جلد ہی تخفیف ہو جاتی ہے۔ اور تین یا چار ہفتہ میں مہال کی حالت طبعی ہو جاتی ہے، اور چھ سے بیس ہفتہ تک کی مدت میں بعض اوقات اس میں از خود اندامال واقع ہو جاتا ہے۔ مزمن درجہ میں سوزاکی التهاب مہال کا انکشاف مشکل ہوتا ہے۔ اگر مریضہ امتحان سے پہلے ایک گھنٹہ کے اندر اندر پیشاب کر چکی ہو تو ممکن ہے کہ پیپ موجود نہ ہو۔ اس طرح کوئی عورت جس کو اس کے ڈاکٹر نے تندرست تصور کیا ہو اپنے خاوند کو سرائت زدہ کر سکتی ہے۔ ایک اہم نکتہ جس کا یاد رکھنا ضروری ہے یہ ہے کہ اس حالت میں بھی جبکہ پیپ مہال سے غائب ہو گئی ہو منفذ کے متورم لبوں پر کچھ عرصہ تک سُرخ یا رمادی ارتفاعات نظر آتے ہیں جو چھوٹے پر بہت حساس ثابت ہوتے ہیں، اور جس کرنے پر ان سے خون بہنا شروع ہو جاتا ہے۔ زال بعد تمام قتال مونی اور سخت محسوس ہوتی ہے، اور اندر کی طرف سے غلبہ دلاہ دار دکھائی دیتا ہے۔ اس کی سطح پر بعض اوقات لٹحات (plaques) نظر آتے ہیں جن کا منظر رمادی یا زجاجی ہوتا ہے۔ مزمن سوزاکی التهاب مہال کسی وقت بھی از سر نو سخت، الحاد یا حاد بن سکتا ہے۔ یہ یاد رکھنا چاہیے کہ عورت کے مہال کا سوزاکی التهاب جس کے موجود ہونے کے متعلق کوئی شبہ نہ ہو خاوند کے مفروضہ نکسات کا عام ترین سبب ہوتا ہے۔

مہال کے حصہ زیرین میں اور اس کے منہ کے نزدیک چھوٹے چھوٹے خدد موجود ہوتے ہیں (ایپیپیبات سکین: Skene's tubules) جو غدہ قدامیہ (prostate) کے متانات ہیں۔ ان کے دہنے سوزاک کے حاد درجہ میں سرائت زدہ ہو جاتے ہیں، اور اگر انکی فتاتیں مسدود ہو جائیں تو منفذ کے اطراف پر چھوٹے چھوٹے دخی خراج بن جاتے ہیں سوزاک انکی

علاج کے دوران میں ان غدود کا یاور رکھنا ضروری ہے۔
 بارہتھو لیننی غدود کا سوزاکی التهاب۔ مرض کے حاد مدارج میں اکثر اور اس کی
 مزمن قسم میں بالعموم یہ دونوں طرف موجود ہوتا ہے۔ قاعدہ ایک غدود دوسرے سے
 قبل ماؤف ہوتا ہے۔ سرائٹ سے ہمیشہ خراج نہیں بنتا، اور اگر بن بھی جائے تو اس کے



شکل ۱۴۴۔ فرج کے نوکدار غلطی سلامت (condylomata acuminata)

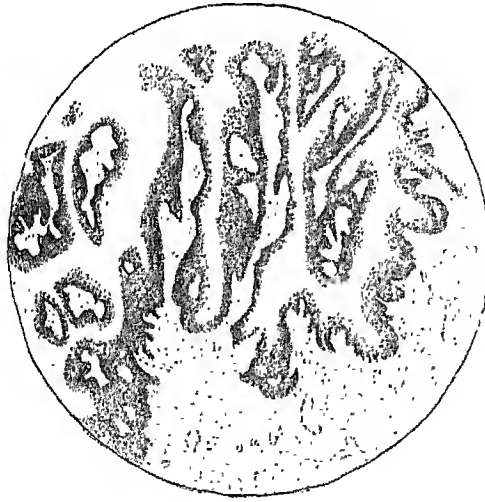
vulvæ یا زہراوی متے (Venereal warts)۔

(بے ساقچہ قسم کے)

بہنے سے پہلے مناظر زیادہ نمایاں نہیں ہوتے۔ سرائٹ کا انکشاف اس کی قنات کے
 بروں گردیدہ ہمیشہ دموی دہنہ سے کیا جاتا ہے جس میں سے دبانے پر پیپ خارج ہوتی ہے۔
 اگر کوئی دو کی شکل سخت چیز موجود ہو تو یہ التهاب غدود (adenitis) کو ظاہر کرتی ہے۔
 بعض اوقات قنات ایک سیسک سے مسدود ہو جاتی ہے جس میں لا تعداد بنقات سوزاک

موجود ہوتے ہیں۔ یہاں اس امر سے متنبہ کر دینا مناسب معلوم ہوتا ہے کہ بارتھولینی قنات کے دھنہ کی صرف غیر معمولی سُرخی ہی سے سوزاک بلاتامل تشخیص نہ کر دینا چاہئے۔ یہ خاصہ غیر نئی اسباب سے بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ اور اگرچہ سینگر (Sänger) نے اس کو سوزاک کی لطیفہ (macula gonorrhoeica) کے نام سے تعبیر کیا تھا لیکن یہ ہرگز دائلہ مرض علامت نہیں۔

بارتھولینی غدہ کا نوعی التهاب (specific Bartholinitis) کئی ایک مہینوں تک جاری رہ سکتا ہے، اور مجامعت کے بعد خاص کر اس میں اشتدادات پیدا ہو جاتے ہیں۔



شکل ۱۷۸۔ زہراوی سے (Venereal Warts) (نوکلار فطیحاتی سلعات
(Condylomata Acuminata) 'x ۱۶ - (جولی: Jolly) - خرد بینی منظر۔

چلنے پھرنے اور بیٹھنے پر اس سے ایک دھیا دور پیدا ہوتا ہے، لیکن موضوعی امارات واضح نہیں ہوتے۔ مزمن اصابت میں قنات جزوی یا کلی طور پر مسدود ہو سکتی ہے، اور ہر ایک حالت میں افراز مجوس ہو جاتا ہے۔ اگر تسد و محض جزوی ہو تو افراز خارج ہونے کے بعد پھر بھرتا ہے، اور اس سے وہ حالت پیدا ہوتی ہے جسے مارٹینو (Martineau) خراج متکرر (abcès à répétition) کے نام سے موسوم کرتا ہے۔ اگر تسد اوکمل ہو

اور افراز زیادہ مقدار میں موجود ہو تو ایک بڑا سا دیرہ یا خراج بن جاتا ہے (دیکھو شکل ۲۱۸ و ۲۲۰)۔ یہ شفرہ کبیر کے پچھلے حصہ پر واقع ہوتا ہے اور آگے کی طرف دبلیزنگ بڑھتا چلا آتا ہے (دیکھو شکل ۲۱۸ و ۲۲۰)۔ اس میں توج موجود ہوتا ہے، اور اس کے اوپر کی جلد سرخ اور تھنی ہوئی اور چکدار ہوتی ہے۔ ایک یا دو ہفتہ کے اندر اندر یہ بھٹ جاتا ہے انشفاق بالعموم اندر کی جانب واقع ہوتا ہے اور یہ اوپر یا نیچے کی جانب شاذ و نادر ہی پایا جاتا ہے۔ اور ایک قیمتی راستہ بن جاتا ہے جو بند نہ بن جائے۔

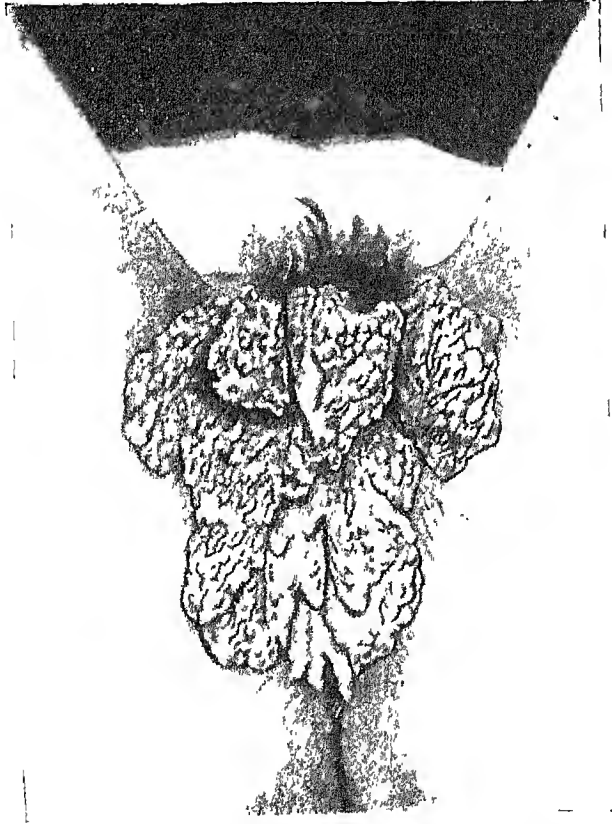
نوکدار فلطاحی سلعات (Condylomata Acuminata) یا زہراوی (Venereal Warts) سوزاکی مواد سے پیدا شدہ خراش کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ یہ مرکب

جلیبی سلعات (compound papillomata) ہیں جو فرج کے ہر حصہ پر اور رانوں کے ارد گرد کی جلد اور سرسری درز پر واقع ہوتے ہیں، اور بعض اوقات مہل کے تمام طول میں عمیق رحم تک بھی پھیل جاتے ہیں۔ یہ انصالی بافت کی ایک شاخدار مرکزی ڈنڈی پر مشتمل ہوتے ہیں جو فلسفانی سرچہ کی تہوں سے ڈھکی ہوتی ہے (دیکھو شکل ۱۷۸) ان کی جسامت آہستہ آہستہ سرسے لیکر بڑے بڑے تو دوں تک ہوتی ہے جو بعض اوقات اس قدر کثیر التعداد ہوتے ہیں کہ فرج ان میں پوشیدہ ہو جاتی ہے، اور اس کی تشریح نظر نہیں آتی (دیکھو شکل ۱۷۸)۔ اگر مواد کا خراج بند ہو جائے تو یہ مستے از خود غائب ہو جاتے ہیں، لیکن جن مریضوں کے علاج کی طرف توجہ نہ کی گئی ہو ان میں یہ برابر قائم رہتے ہیں، اور ان میں تخروا واقع ہو جاتا ہے۔ یہ آتشک کے عریض فلطاحی سلعات (condylomata lata) سے زیادہ نوکدار ہونے اور ساقچہ دار بننے کا رجحان رکھنے کا وجہ سے تمیز کئے جاسکتے ہیں۔ مزید برآں موخر الذکر کے مصل میں شتوبی تیج خیطیہ (spirocheta pallidum) بھی پایا جاتا ہے، اور واسرین کا کاشفہ (Wassermann test) مثبت ہوتا ہے۔

سوزاک مہل۔ پہلے مہل کو مرض سوزاک کا عام ترین مصل تصور کیا جاتا تھا، مگر ایسا صرف بچوں ہی میں ہوتا ہے۔ بالغ عورتوں میں مہل کا دیرینہ مصلہ نفوذ کستند وونوقوں (diplococci) کو معتد بہ مزاحمت پیش کرتا ہے، اس لئے یہ نیچے مہال اور قنات کے سرچہ میں نسبت آسانی سے داخل ہو جاتے ہیں۔ بچوں میں مہل سے لپٹا اور نرم ہوتا ہے اور اس لئے اس میں نیچے زیادہ آسانی سے نفوذ کر جاتا ہے (دیکھو سوزاکی التهاب فرج مہل)۔

حصہ سوم، باب اول، صفحہ (349)۔

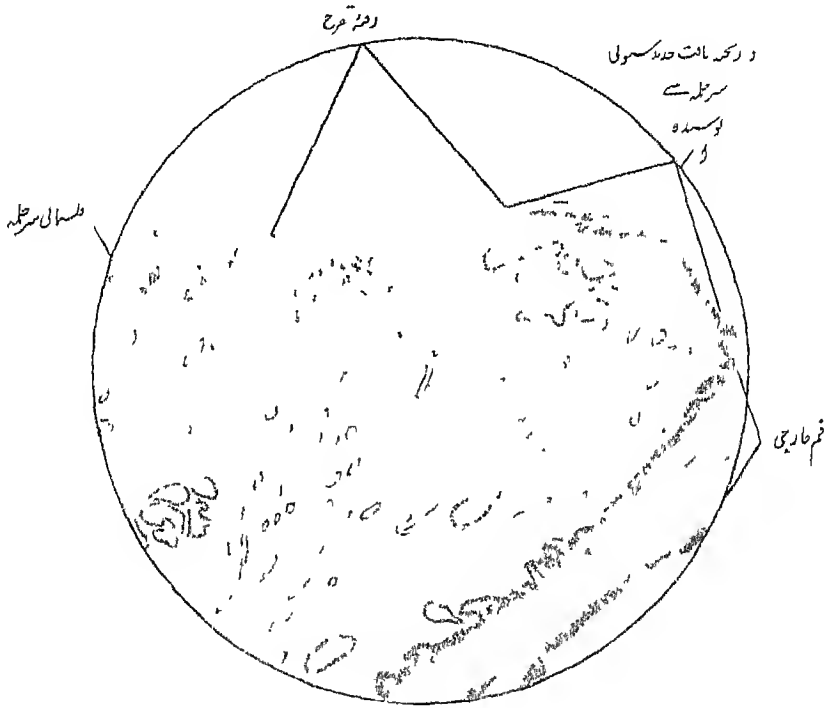
بالغ عورتوں کا مادہ ابتدائی سوزاکی التهاب مہبل نہایت نادر الوقوع ہے۔ ہمارے تجربہ میں یہ خاصکر اس سرائیت تک ہی محدود ہوتا ہے جو حمل کے دوران یا بڑھاپے میں واقع ہو۔



شکل ۱۰۹۔ فرج کے نوکدار غلطی کی سلعات (condylomata acuminata)
(vulvæ کا منظر دکھایا گیا ہے جو خالی آنکھ سے دکھائی دیتا ہے۔ متفطر
fungating قسم۔)

اس کے خصائص بہت نمایاں ہوتے ہیں۔ پیپ اتنی افراط سے خارج ہوتی ہے کہ خارجی
اعضائے تناسل خشک افراز سے چپکے ہوئے ہوتے ہیں۔ شفر متین صغیر سرخ اور مہینچ

ہوتے ہیں، اور شفرتین کبیر سے باہر ابھرتے ہیں، اور ان کی مہبلی سطح اکثر متاثر ہوتی ہے۔ اسی طرح پردہ بکارت بھی پھٹتی، الیم، اور بیش دموئی ہوتا ہے، اور منقہ لطف کے قطعات جا بجا دکھائی دیتے ہیں، اور ہر ایک فحہ (furrow) پیپ سے پڑتا ہے۔ چھوٹے پر تمام غشائے مخاطی سے بہت جلد خون بہنا شروع ہو جاتا ہے، اور یہ غائت درجہ الیم



شکل ۱۸۰ حاد صفتی متاثر (Acute Cervical Erosion) کی التهابی اسل کو ظاہر کرتی ہے۔ ایک التهابی رشمہ قنال عنق سے باہر کی طرف کو عنق کی مہبلی سطح کے نیچے پھیل گیا ہے۔

ہوتی ہے حتیٰ کہ امتحان عمومی معامہ حس کے زیر اثر کرنا پڑتا ہے۔ اس کے علامات یہ ہیں کہ درد نمایاں ہوتا ہے، بیرونی حصوں میں حرارت اور جلن کا احساس موجود ہوتا ہے، اور یہ

متورم ہوتے ہیں۔ مریضہ چل پھر نہیں سکتی، اور پھینکے اور کھانسنے پر بھی درد ہوتا ہے۔ چند ایک قشریروں کے ساتھ بخار بھی ہو جاتا ہے۔ مقامی علامات میں تقریباً تین ہفتہ میں تخفیف ہو جاتی ہے، اور بالعموم ایک مزن التهاب عنق باقی رہ جاتا ہے۔ مگر مزن سوزاکی التهاب مہبل کبھی واقع نہیں ہوتا۔

اس امر پر متنبہ بھی ضرور دیا جائے کہ مزن سوزاک میں مہبل کے منظر میں ایسی کوئی چیز قطعاً نہیں پائی جاتی جس سے یہ معلوم ہو کہ مرض موجود ہے۔ اور اس کی وجہ صرف یہ ہے کہ مرض بالعموم مہبل میں نہیں ہوتا بلکہ عنق رحم اور مہبل میں ہوتا ہے۔ لہذا مزن سوزاک کی تشخیص کرتے وقت دوبارہ اسے مہبل کے منظر کو کوئی اہمیت نہ دینا چاہئے۔ نوجوان عورتوں میں پہلی عشا کے محاطی کی سُرخی اور اس کا ورم اکثر اوقات، سرائٹ کے کافی ابتدائی مدارج میں پایا جاتے ہیں۔ اور یہ حالت بالعموم اس پیپ کے ثانوی حملہ سے پیدا ہوتی ہے جو عنق سے آتی ہے۔ بچوں میں سوزاکی سرائٹ کا عام نتیجہ التهاب مہبل ہوتا ہے، اور یہ التهاب فرج کی پیچیدگی کے طور پر بالعموم پایا جاتا ہے۔

سوزاک عنق۔ مہبل کے بعد سرائٹ کا عام ترین محل عنق ہے۔ ۸۰ فی صدی حاد، اور ۵۰ فی صدی مزن امیبات میں التهاب عنق موجود ہوتا ہے۔ یہ سرائٹ اکثر حالات میں دروں عنقی التهاب (endocervicitis) کی شکل میں شروع ہوتی ہے، یعنی ابتدا میں عنقی دروں رحمہ ملتہب ہو جاتا ہے اور متورم ہو کر فم خارجی سے باہر نکل آتا ہے۔ فم خارجی کے منہ پر کاٹسمانی سرطمانہ ایک زخمی ارتشاح کی وجہ سے اتر جاتا ہے اور ایک خام سُرخ مطلقہ باقی رہ جاتا ہے جس پر انجام کار استونی سرطمانہ پیدا ہو جاتا ہے جس سے ایک واضح نازلی یا کاذب غدی سلطی (pseudo-adenomatous) قطعہ بنتا ہے (تاکمل erosion:۔) بقیہ سوزاک مرکب عنقی غد کے عمیق سرطمانہ تک نفوذ کر جاتا ہے، اور ان کے گرد کالیغی عضلی ہیکل کثیر الاشکال نواتی سفید خلیا سنت (polymorphonuclear leucocytes) اور مصل سے درخیمہ ہو جاتا ہے (شکل ۸۰) ارتشاح سے عنق میں ایک حالت پتہ پیدا ہو جاتی ہے جو سرری طور پر لینٹ سے تعبیر کی جاتی ہے، اور حاد مدارج میں متنبہ منظر سے شناخت کی جاسکتی ہے۔ لہذا تازہ حاد سرائٹ میں اول اول عنق متورم ہوتی ہے، اور خارجی عشا کے محاطی تنی ہوئی ایکلی اور سُرخ ہوتی ہے۔ اسکے بعد فعال عنق سے

ایک جھٹلی قیمی مواد نکلتا ہوا دکھائی دیتا ہے۔ یہ بوتھی کے سرایت زدہ حیرات کے قیمی نقاط سے عورت کی پہلی سطح کئی صورت (acneiform) معلوم ہوتی ہے (دیکھو صفحہ ۱۸ ج ۱ صفحہ 428)۔ در دنیا میں علامت نہیں ہوتا، اور مریضہ کی شکایت زیادہ تر اخراج مواد ہی کے متعلق ہوتی ہے، لیکن بعض مثالوں میں عجزی خطہ سے کسی قدر در بھی منسوب ہوتا ہے۔

جسم رحم کا سوزاک - جسمی دروں رحمہ اور زیر جھٹلی اور عضلی طبقات کا سوزاک ہمیشہ سوزاکی دروں اعنقی التهاب کا عاقبہ ہوتا ہے۔ یہ خوش قسمتی سے عنتی دروں رحمہ کی سرایت کے ساتھ ہمیشہ نہیں پایا جاتا، گو دورانِ ایام حیض میں باحامل رحم کے خالی ہونے کے بعد عنتی قنال کا افتتاح اس کے وقوع کے لئے مساعد ہوتا ہے۔ اگرچہ سوزاکی التهاب عنت لازم طور پر مزمین ہوتا ہے لیکن سوزاکی دروں رحمی التهاب (endometritis) بہت ہی کم عرصہ تک رہتا ہے، اور جسم رحم کے دروں رحمہ میں نبتہ سوزاک کا ثابت کرنا مشکل ہے۔ سوزاکی التهاب انبوہ میں ایک صادق دروں رحمی التهاب ہمارے مشاہدہ میں بار بار آچکا ہے، جیسا کہ یہ پلازما خلیات اور ہیکل کی رخنگی دباؤ سے ثابت ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ فلوپی نیوں سے سرایت کے بار بار واقع ہونے سے پیدا ہوتا ہو۔ ایسی حالتوں میں دروں رحمہ میں مزمین التهابی عمل کے مندرجہ ذیل ثبوت پائے جاتے ہیں: (۱) سطحی ستونی سرطہ کا نکاثر اور اس کی بعد تکوبن (metaplasia) جس سے غلسمانی خلیات پیدا ہو جاتے ہیں (۲) دور حیض کے تمام مدارج میں غدی سرطہ میں جام نما خلیے نمودار ہو جاتے ہیں۔ (۳) دور مذکور کے تمام مدارج میں غد کے دروں نے بعض اوقات مخاط یا مصل سے متہر د پائے جاتے ہیں جس میں خلیات ابض، خون، اور سطحی قوشل موجود ہوتے ہیں۔ (۴) ہیکل میں پلازما خلیے پائے جاتے ہیں (دیکھو صفحہ ۱۶، صفحہ 409)۔ نبتات سوزاک قاعدہ نہیں پائے جاتے۔ اور مذکورہ بالا تغیرات سوزاکی سرایت ہی کے لئے مخصوص نہیں۔

التهاب الرحم (Metritis) - سوزاکی جسمی دروں رحمی التهاب کے شدید اصابت میں ماتحت عضلہ رحم ماؤف ہو جاتا ہے۔ حاد درجہ میں تمام عضلی دیوار ترم ہو جاتی ہے، اور اس سے عديم السحل عورتوں تک میں بھی زیر التفاتی رحم کا خیال پیدا ہوتا ہے۔ سوزاکی التهاب رحم کی نمایاں ترین حالتوں میں نسیمی سرایت اور حوضی التهاب باریطون بالعموم موجود ہوتے ہیں۔

سریری خصائص۔ حاد حالت میں حاد التهاب الرحم کے علامات موجود ہوتے ہیں۔ ابتدائی مدارج میں عنت درد محسوس ہونے کے بغیر شیعہ کی طرف نہیں کھینچی جاسکتی۔ معدوم حس کے زیر اثر امتحان کرنے پر جسم رحم عنت پر صرف تھوڑا سا حرکت پذیر ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ یہ اس طرح پیش خمیدہ ہو کہ عنت پر اسے بالکل حرکت نہ دی جاسکتی ہو۔

موضوعی طور پر مری اور تباؤ کا احساس موجود ہوتا ہے، اور ساتھ ہی حوض میں نابض درد بھی پایا جاتا ہے جس سے انٹھن کی طرح کا ایک ”حزق“ (”bearing down“) پیدا ہو جاتا ہے۔ جسمانی حرکات غیر ممکن العمل ہوتے ہیں اور مریض بہت علیل ہوتی ہوئی ارتقاع بیش ہمیشہ موجود ہوتا ہے۔

298

جن نوجوان عورتوں میں مرض کا پہلا حملہ کہہ رحم تک پہنچ جاتا ہے ان کو ان عورتوں کی نسبت جن کو سابق مزمن التهاب عنت کی شکایت رہی ہو بہت زیادہ تکلیف ہوتی ہے۔ اور یہ امر قابل ذکر ہے کہ شدید علامات جلد ہی رفع ہو جاتے ہیں۔ ایک ہفتہ کے بعد بالبعث اوقات اس سے پہلے ہی اہمیت کم ہو جاتی ہے، اور انٹھن رائل ہو جاتی ہے، مریض چلنا پھرنا شروع کر دیتی ہے، اور اپنی چند دن کی علالت کو کوئی اہمیت نہیں دیتی۔ لسانیاتی مزاولت میں حاد رجی سوزاک عام طور پر دیکھنے میں نہیں آتا۔ اس کے مریض حاد حملہ کے اختتام پر ہمارے پاس آتے ہیں جبکہ علامات میں کوئی شے دائرہ مرض نہیں ہوتی۔ اس حالت میں افزا اکثر اوقات اس قدر کم ہوتا ہے کہ یہ باسانی نظر انداز ہو سکتا ہے۔ اور اس امر کا اطلاق بالخصوص ایسی مزمن سرائت پر ہوتا ہے جو عنتی قتال تک محدود ہوتی ہے اور جس کی صرف ایک ہی علامت اخراج مواد ہوتی ہے جو بقائت کے پائے جانے کے باوجود بھی بعض اوقات بالکل صاف ہوتا ہے۔ کا دسب غدی نسلی (pseudo-adenomatous) رقبہ جات (تاگل: erosion) بھی عنت پر پائے جاتے ہیں، لیکن تاگل سے زیادہ مٹی خیز فم خارجی کا چکدار سرخ التهابی کنارہ ہوتا ہے جس میں کسی قدر شترہ خارجی (ectropion) پایا جاتا ہے جب اس قسم کے مقامی امادات موجود ہوں تو اشتداد علامات کا بالخصوص کثرت مباشرت کے یا حیض کے آنے کے بعد احتمال ہوتا ہے۔ سیلان از سر نو قبی ہو جاتا ہے اور درد حوض بھر عود کرتا ہے۔

کہہ رحم کے ایسے مزمن سوزاک کے جس کی توسیع نیلیوں تک نہ ہوئی ہو

کوئی خاص علامات نہیں ہوتے، اور اس کی تشخیص صرف اس مواد میں سے نبقات کے تلاش کرنے سے کرنا پڑتی ہے جو حجم رحم میں سے خاص احتیاط سے حاصل کیا گیا ہو تاکہ عین سے تلوث واقع نہ ہو۔

قلوی تلیوں اور بیضیں کا سوزاک۔ جو امراض یا تغیرات تلیوں اور بیضیں میں پائے جاتے ہیں وہ سوزاک کے نوعی تغیرات نہیں ہوتے، اور انوبی اور بیضی التهاب کے ابواب میں ان کا بالتفصیل ذکر کیا گیا ہے (دیکھو صفحات 628 تا 649)۔ سوزاک کے اوپر کی طرف پھیلنے میں دو میکانی رکاوٹیں ہیں، یعنی فم داخلی اور قلوی نلی کا رجحان سرانہ نبقات میں کوئی ذاتی قوت حرکت موجود نہیں ہوتی۔ یہ فعلی طور پر نقل مکان کرنے یا مسلسل سطحی نمو کے ذریعہ سے پھیلتے ہیں۔ فم خارجی کے چھوٹے ہونے اور نلی کے زنجی حصہ کے قطریہ کے بہت تنگ ہونے کی وجہ سے اگرچہ بقیہ کی سی پھوٹی سی چیز کے راستہ میں کوئی رکاوٹ پیدا نہیں ہوتی، مگر سوائے زمانہ حیض کے ان کے میکانی نقل مکان کو مسدود کرنے کے لئے یہ کافی تنگ ہوتے ہیں۔ جو حالتیں اس مرض کے انتشار کی مساعدت کرتی ہیں وہ مندرجہ ذیل ہیں:— (۱) حیض، (۲) ولادت اور زمانہ نفاس، (۳) مباشرت، (۴) استعمال آلات۔ ابتدا فوری اور حاد ہو سکتی ہے۔ اور ایک ابتدائی قشریہ بھی پایا جاتا ہے جس کے بعد ارتقاع تپش واقع ہو جاتا ہے جو تقریباً دو ہفتہ تک برقرار رہتا ہے۔ بعض اوقات مسلسل اور دھیمے درد کی بھی شکایت موجود ہوتی ہے۔ چونکہ مرض سے اکثر دونوں طرفیں متاثر ہوتی ہیں اس لئے دونوں طرفی خطوں میں گیدھویں ظہری فلک پر بالعموم اہمیت موجود ہوتی ہے۔ حیض درد سے آنے لگتا ہے، اس کا تواتر بڑھ جاتا ہے اور اس کی مقدار میں پہلے کی نسبت اضافہ ہو جاتا ہے اور یہ زیادہ دیر تک جاری رہتا ہے۔ حاد التهاب انوبہ میں دیوار ہائے شکم اس قدر استوار ہوتی ہیں کہ ایک یا دونوں اطراف پر سوائے اہمیت کے اور کچھ معلوم نہیں کیا جاسکتا، لیکن معدم حس کی مدد سے امتحان کرنے پر نلیاں قرہائے رحم سے باہر کی اور کچھ طرف جاتی ہوئی سخت ڈور یوں کی طرح محسوس ہوتی ہیں، اور ابتدا میں ان کی جسامت میں کوئی زیادتی معلوم نہیں کیا جاسکتی۔ اسکے بعد اند مال شروع ہو جاتا ہے اور آئندہ استقرار حل کے امکان کو خارج از بحث قرار نہیں دیا جاسکتا۔ اگر مکمل طور پر شفا یابی نہ ہو تو دباؤ پر اہمیت کا احساس باقی رہتا ہے، اور

جیض در دسے آتا رہتا ہے، عورت عقیم ہو جاتی ہے اور کبھی دوروں کا احتمال رہتا ہے۔ سن یا
پرورد زائل ہو جاتا ہے۔ لہذا سوزاکی التهاب انبویہ کے عام نتائج عقم اور دائمی درجہ جیض
ہیں۔ یہ صورت حالات یہاں پر ہی ختم نہیں ہو جاتی کیونکہ یہ بھی ممکن ہے کہ پیپ کا ایک
تناجیہ عظیم پیدا ہو جائے جس سے باریطون، میضین، اور ارد گرد کے احتشاء ماؤف ہو جائیں۔
یہ حالت عمومی اور مقامی علامات کی شدت میں متناظر اضافہ کے واقع ہونے سے ظاہر
ہوتی ہے۔ انبوی خراج سرائت سے عام طور پر بلا واسطہ پیدا نہیں ہوتا، اور اکثر متواتر
حلوں کی روئداد موجود ہوتی ہے جن کے درمیان مریضہ کی حالت رو بصمت ہو جاتی ہے۔
ان مریضوں میں ڈگلس کی جیب میں ایک سلعہ پایا جاتا ہے جس کی جاست اختلاف پذیر ہوتی
ہے۔ بعض اوقات یہ کسی قدر حرکت پذیر ہوتا ہے، لیکن اکثر اوقات یہ بالکل قبت اور
وبانے پر الیم بھی ہوتا ہے۔ یہ سلعہ کلانی یا فتنہ نلی اور التهابی ارتشاح پر مشتمل ہوتا ہے جو
اس کو متناظر میض، شرب، اور معائے منجیر سے منقسم کر دیتا ہے۔
جب پیپ کا ناجیہ ایک دفعہ کثیف انضامات میں مکمل طور پر کیسہ بند ہو جاتا ہے
تو تپ اور درد کے حادثے کم ہو جاتے ہیں، اور خرابی صحت سے مریضہ پر زندگی دو بھر ہو جاتی
ہے، اور اس طرح کئی سال گزر جاتے ہیں۔

سوزاک باریطون۔ حاد سعودی سوزاک میں اس حالت میں بھی جب کہ
نلی کے شکمی دہنہ سے بنقات بھی خارج نہیں ہوتے انبوی اور رحمی باریطونی طبقوں سے ایک
لیفیٹی ارتشاح واقع ہوتا ہے۔ نلی کی دیوار کے پتلا ہونے کی وجہ سے التهاب تسلسل بافت
کے ذریعہ سے اس کے مصلیہ (serosa) تک پہنچ جاتا ہے۔ ان اصابت سے زیادہ اہم
التهاب باریطون کے وہ اصایات ہیں جن میں یہ پیپ کے نلی سے خارج ہونے سے پیدا
ہوتا ہے۔ یہ معلوم ہو چکا ہے کہ اگر سوزاکی انبوی خراج (gonorrhoeal pyosalpinx)
کے دوران استیصال میں اس سے پیپ بکثرت ٹپکتی رہے تو اس سے مہلک عمومی
التهاب باریطون پیدا ہو جاتا ہے۔ اس کی وجہ غالباً بنقات خمیہ (staphylococci) اور
بنقات سچیجیہ (streptococci) کی مخلوط سرائت ہے، کیونکہ اکیلے بنقات سوزاک
باریطون پر زیادہ عرصہ تک زندہ نہیں رہتے۔ تاہم یہ اتنے عرصہ تک موجود رہ سکتے
ہیں جتنے میں سطح پر لیفی قیمی ارتشاح پیدا ہو سکتا ہے جس کے آخری نتائج یہ ہوتے ہیں کہ

قرب و جوار کے اعضا، یعنی نلیاں، بیضین، ثرب، معائے مستقیم اور جہداری باریطون آپس میں مضبوطی سے منضم ہو جاتے ہیں۔

التهاب باریطون کی ابتداء سرری طور پر پیش کے ارتفاع اور درد کے بڑھنے سے ظاہر ہوتی ہے۔ بعض مریض باریطون کے متاثر ہوتے ہی بچہ علیل ہو جاتے ہیں۔ جو شدید درد ابتداء پر اور آئندہ حملوں میں پایا جاتا ہے اس کی توجیہ التهاب باریطون سے ہوتی ہے۔

ممبرز اور معائے مستقیم کا سوزاک۔ یہ حالتیں بالعموم سوزاک کی نادر الوقوع پیچیدگیاں تصور کی جاتی ہیں، لیکن اگرچہ عورت میں معائے مستقیم کی سوزاکی سرانت کے موضوعی اور معروضی امارات تقریباً ناپید ہوتے ہیں، مگر یہ ممکن ہے کہ یہ اس سے زیادہ کثرت کے ساتھ واقع ہوتا ہو جس کثرت کے ساتھ اس کا واقع ہونا بالعموم پہلے تصور کیا جاتا تھا۔ بولی تناسلی سوزاک کے دوران میں اسکی شرح وقوع حال ہی میں ۵۰ فی صدی تک بتائی گئی ہے۔ یہ عدد غنائے مخاطی کے ان ذرات کا امتحان کرنے سے معلوم کیا گیا ہے جو مشتبہ اصابت میں معائے مستقیم کی ۵۰ تا ۱۰۰ اکعب سنٹی میٹر نیم گرم پانی سے آبیاری کرنے سے حاصل ہوئے تھے (گلنگر کا طریقہ: Glinger's method)۔ بیکل (Bickel) اور ابراہیم (Abraham) نے اس طریقہ سے حاد بولی تناسلی سوزاک کے ۱۰۰ مریضوں میں سے ۲۰ میں معائے مستقیم کی سرانت دریافت کی۔ ایسے ۸ مریضوں میں جن میں سے بعض میں سرری روئداد سے یہ معلوم ہوا کہ ان میں اولین سرانت کم از کم دس سال پہلے واقع ہوئی تھی معائے مستقیم کی سرانت کی ۱۶ مثالیں پائی گئی ہیں۔

مرض کے پیدا ہونے کے لئے قنال کے زیادہ عمیق حصوں کے ساتھ پیپ کے بلا واسطہ تماس کی ضرورت ہوتی ہے۔ اس مرض کی ابتداء بعض اوقات مجامعت براستہ ممبر، اصابت آلات، یا اصبی امتحان، یا کاغذ طہارت (toilet paper) سے ہوتی ہے۔ اور عجان کی دریدگی سے بھی جو دوران ولادت میں واقع ہو یہ حالت پیدا ہو سکتی ہے۔ اسکے

علامات یہ ہیں کہ رُفح حاجت کے بعد حرارت اور جلن کا احساس ہوتا ہے، اور دہنہ میرز پر تانکلات، قرعے، اور ناسور پیدا ہو جاتے ہیں۔ حاد اصابات میں مواد خون سے ملا ہوا ہوتا ہے، غشائے مخاطی کے مہتیج شکن طبقہ میرز سے نیچے کی طرف کو ابھرے ہوتے ہیں، اور یہ چھوٹے پر بہت اہم ہوتے ہیں۔ جب مرض مزمن ہو جاتا ہے تو ورم میں تخفیف ہو جاتی ہے، لیکن مخاطیہ بدستور سرخ رہتا ہے۔ اور میرز کو قسح کرنے پر دہنہ میرز سے اوپر تانکلات پائے جاتے ہیں، اور بعض اوقات یہ داخلی عضلہ حاصرہ سے بھی اوپر ہوتے ہیں۔ مخاطی شکون میں نبقات سوزاک کا تباہ کرنا مشکل ہے، اس لئے معائے مستقیم کے سوزاک کا میلان مزمن ہونے کی طرف ہوتا ہے، اور اس سے تارک (granulation) اور تضیق (stricture) کے پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ سوزاک سے پیدا شدہ تضیق عورتوں میں بالعموم داخلی عضلہ حاصرہ سے نیچے واقع ہوتا ہے۔ گرد میرزی یا مستقیم خراجات اور مستقیم ناسور معائے مستقیم کے سوزاک کے متاخر نتائج کے طور پر پیدا ہو سکتے ہیں۔

295

عورتوں میں سوزاک کا مہر۔ سریری نقطہ نظر سے یہ مرض بعض اوقات خفیف ہوتا ہے اور بعض اوقات شدید، اور اس کی شدت کا انحصار زیادہ تر اس کے صحل پر ہونا ہے۔ جب تک یہ مبالغہ اور عنق تک محدود رہتا ہے، خفیف رہتا ہے، اور جب یہ ایک دفعہ فہم داخلی سے آگے گزر جاتا ہے تو شدید ہو جاتا ہے۔ کئی ایک عورتیں اسی موقعہ سے ابتدائے مرض کی تاریخ کا حساب لگاتی ہیں۔ اور جو حالت سب سے زیادہ کثرت کے ساتھ نظر انداز کر دی جاتی ہے وہ مزمن مبالغہ التهاب ہے جس کے ساتھ کبھی التهاب عنق ہوتا ہے اور کبھی نہیں۔ مرض کا حاد درجہ جلد ہی گزر جاتا ہے اور رد کی بھی یاد نہیں رہتی۔ کسی قدر مواد آنا رہتا ہے جس کی طرف توجہ نہیں کی جاتی۔ مریضہ میں مرض کے لئے قوت برداشت پیدا ہو جاتی ہے اور وہ ڈاکٹر سے مشورہ طلب نہیں کرتی۔

اختلالات فعل۔ یہ عمل مرض کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ اگر مرض سوزا پسین میں عارض ہو تو اس سے مستقبل کے افعال میں کوئی خلل نہیں آتا، کیونکہ رحم اور کلیا بالعموم بچ جاتی ہیں۔ اگر کوئی روئداد مابعد موجود ہو تو یہ عارضہ فرج ہی کے متعلق ہوتی ہے جس کے علامات خارش اور جلن ہوتے ہیں۔ جو سبب اس عارضہ کے علاوہ تندرست ہو اس میں مرض کا مہر موافق ہوتا ہے، اور بہت سی حالتوں میں چار سے چھ ہفتہ تک کے عرصہ

سریری طور پر شفا حاصل ہو جاتی ہے۔

جو فعلی اختلالات بالغ عورتوں میں پائے جاتے ہیں وہ عمل حیض اور تبولیض کے متعلق ہوتے ہیں۔ سوزاکی دروں رحمی التهاب اور انبوی میغنی التهاب (salpingo-ovaritis) سے عمل حیض میں خلل آ جاتا ہے، درمیانی وقفہ کم ہو جاتا ہے، مدت سبلان طویل ہو جاتی ہے، اور مقدار میں اضافہ ہو جاتا ہے۔ وجع الحیض (menorrhagia) بالعموم موجود ہوتا ہے۔ اور دروبلض اوقات سبلان سے ایک ہفتہ بیشتر شروع ہوتا ہے، اور بعد میں بھی اتنے ہی عرصہ تک جاری رہتا ہے۔ التهاب انبویہ اور التهاب باریطون سے دروحیض میں قدرتی طور پر اشتدادات پیدا ہو جاتے ہیں۔ تبولیض میں اس وقت تک کوئی خلل نہیں آتا جب تک کہ بیض کیسے بند نہ ہو جائے، یا اس میں پیپ نہ پڑ جائے، اور یا یہ سارے کا سارا لیف آسا تضلب کی حالت میں نہ ہو۔ ان حالتوں میں حیض کے بے قاعدہ ہو جانے اور بے طمئیت تک کے پیدا ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے۔ سوزاک کا تعلق باروری سے۔ یہ ضروری نہیں کہ سوزاک سے ہمیشہ

عقم پیدا ہو۔ رمدر نومولود (ophthalmia neonatorum) کی کثرت وقوع سے یہ امر ثابت ہوتا ہے، کیونکہ اکثر اصابات میں زچہ میں بوقت استقرار حمل یہ مرض موجود تھا (Bumm: تجم)۔ دو جانبی التهاب انبویہ سے تلیوں کے مسدود ہو جانے کے بعد استقرار برگز واقع نہیں ہو سکتا۔ بہت سی عورتیں یا تو بالکل عقیم ہو جاتی ہیں، اور یا ایک بچہ جننے کے بعد لایا ہوتا ہے۔ سوزاک اور اسقاط کے درمیان جو تعلق ہے اس کا ابھی مکمل طور پر تصفیہ نہیں ہوا۔ سینگر (Sänger) کا یہ خیال تھا کہ دروں رحمہ کا سوزاک ریزرینہ میں التهاب پیدا کرنے سے چوتھے یا پانچویں مہینہ کے قریب اسقاط پیدا کرتا ہے، اور ریزرینہ کے ٹکڑوں میں جو ایسے اسقاط کا ایک حصہ ہوتے ہیں نبقات سوزاک پائے جاتے ہیں۔ جب کہ ہفہ رحم بعضہ سے مکمل طور پر برپا ہو گیا ہو تو سوزاک اسقاط پیدا نہیں کر سکتا۔ اور جہاں تک رحم کا تعلق ہے کوئی علامات بھی موجود نہیں ہوتے، اگرچہ عنق اور مبال دونوں سے مواد بہت افراط کے ساتھ خارج ہوتا ہے۔

سوزاکی عفونت الدم (Gonococcal Septicaemia)۔ نبقات سوزاک گاہے گاہے خون کی رو میں داخل ہو سکتے ہیں، اور ان سے ایک عمومی سرائست خون

پیدا ہوتی ہے جو سریری طور پر نبقات سجمیہ (streptococci)، اور دیگر عضویوں سے پیدا شدہ عفونت الدم سے ناقابل شناخت ہوتی ہے۔ نبتہ سوزاک سے نظامی سرائت شاذ و نادر ہی پیدا ہوتی ہے۔ حاد درجہ میں واقع ہونے کی نسبت مقامی ضرر کے مزمن ہونے کے بعد اس سرائت کے ظہور پذیر ہونے کا زیادہ احتمال ہوتا ہے، لیکن ابتدائی حملہ کے سات دن کے اندر اندر اس کے واقع ہونے کا بھی علم ہے۔ مردوں میں عورتوں کی نسبت یہ زیادہ کثرت سے واقع ہوتی ہے، اور یہ بچوں اور غیر حاملہ عورتوں کی نسبت حاملہ عورتوں میں اکثر دیکھنے میں آتی ہے۔ عورتوں میں عمومی سوزاک کی سرائت ایسی حالت میں بھی جبکہ سوزاک کے تمام علامات خارجی اعضائے تناسل سے غائب ہو چکے ہوں، کسی دروں حوضی ضرر مثلاً التهاب انوبہ سے پیدا ہو سکتی ہے۔

سوزاک کی عفونت الدم میں نبقات سوزاک خون سے خالص کاشتوں میں پیدا کئے جاسکے ہیں، لیکن سرائت اکثر اوقات مخلوط ہوتی ہے، اور جو عضو یہ اس کے ساتھ موجود ہوتے ہیں وہ اکثر عصبیہ قولون (colon bacillus) نبقات سجمیہ (streptococci) اور نبقات عنبیہ (staphylococci) ہوتے ہیں۔

انذار ہمیشہ خطرناک ہوتا ہے اور یہ بالخصوص اس وقت ایسا ہوتا ہے جبکہ نبقات سوزاک کے ساتھ نبقات سجمیہ بھی موجود ہوں۔ سوزاک کی عفونت الدم بعض اوقات بذات خود مہلک ثابت ہوتی ہے، لیکن موت اکثر اوقات سر وحات (metastases) کی وجہ سے واقع ہوتی ہے، اور ان میں سے اہم ترین دروں قلبی التهاب (endocarditis)، التهاب گرد قلب (pericarditis)، التهاب مفصل (arthritis)، التهاب گرد عظم (periostitis)، ذات الجنب (pleurisy)، ذات الریہ (pneumonia)، اور حوضی کلوی التهاب (pyelonephritis) ہیں۔ اس سے یہ ظاہر ہو گا کہ مصلی اور زلالی اغشیہ سرائتی سدا دوں کے لئے مرغوب مقامات ہیں۔ سر وحي ضررات غلافائے رباطات، گرد عظم، اعصاب، عضلات، غدہ کفیفہ (parotid gland) اور جلد میں بھی کبھی کبھی دیکھنے میں آچکے ہیں۔ عمومی سوزاک کی سرائت کا عام ترین مقامی مظہر التهاب مفصل ہے۔ نبتہ سوزاک انضیاب مفصل میں اور ان اریکات میں پایا گیا ہے جو زلالی اغشیہ پر موجود ہوتے ہیں۔ جب سرائت مخلوط ہوتی ہے تو انضیاب قحی ہو جاتا ہے۔ یہ مرض یک مفصل ہونے کی بجائے

کثیر مفصلی ہوتا ہے۔ جو جوڑ اس سے سب سے زیادہ کثرت سے ماؤف ہوتا ہے وہ کھٹنے کا جوڑ ہے۔ مردوں کی نسبت عورتوں میں اس سے پونہ چار زیادہ تر متاثر ہوتا ہے۔ بچوں اور شیرخواروں میں سوزاکی التهاب مفصل، فرجی مہلی التهاب اور مد (ophthalmia) کے بعد پیدا ہو سکتا ہے۔ ہوٹ (Holt) کا یہ بیان ہے کہ کم عمر شیرخوار بچوں میں قیح الدمی التهاب مفصل کسی دوسرے خرد عضو پر کی نسبت بنفقہ سوزاک سے زیادہ کثرت سے پیدا ہوتا ہے۔ جہاں تک زندگی کا سوال ہے انداز اچھا ہے۔ اس کے حملے بار بار ہوتے ہیں اور جسات (ankylosis) بالعموم واقع ہو جاتی ہے، مگر بالغوں کی نسبت بچوں میں اس کے پیدا ہونے کا زیادہ احتمال ہوتا ہے۔

سوزاکی التهاب مفصل کے علامات تشخیص، اور علاج کے لئے عمومی جراحی کی کوئی کتاب دیکھنا چاہئے۔

تشخیص - مردوں کی نسبت عورتوں میں تشخیص بہت مشکل ہوتی ہے، کیونکہ مہلی مواد امراضیاتی حالتوں کے ایک تمام سلسلہ کی ایک علامت ہوتا ہے جو سرائتی نہیں بلکہ اگر مہل کا امتحان کرنے پر مہال کو دبائے سے پیپ نظر آئے اور ساتھ ہی عنقی غشائے مخاطی اور مہال کی رنگت سرخ ہو اور ان کا شترہ خارجی (ectropion) موجود ہو تو سوزاک کا شبہ کیا جاسکتا ہے۔ مزمن مارج میں بعض اوقات بتول کے بعد مہال میں پیپ نہیں ہوتی تاوقتیکہ چند گھنٹے نہ گزر جائیں۔ یا مقلین کی قنات سے پیپ یا مخاطی پیپ کا خارج ہونا سوزاک کی طرف اشارہ کرتا ہے، لیکن اس قنات کے دہنے کی سنجی جسے سینگر (Sänger) سوزاکی لکھنے (macula gonorrhoeica) کے نام سے موسوم کرتا ہے زیادہ تشخیصی وقعت نہیں رکھتی۔ یا مقلینی غدہ کا قیح بالعموم سوزاک کو ظاہر کرتا ہے لیکن ہمیشہ ایسا نہیں ہوتا، کیونکہ قیح زمانہ نفاس میں اور باکرہ لڑکیوں میں بھی سرائت سے پیدا ہو سکتا ہے۔

سوزاک کی تشخیص جراثیمیاتی امتحان کے بغیر یقینی طور پر نہیں کی جاسکتی۔ نوجوان عورتوں میں مہل یا فرج سے آنے والا قبیعی مواد قاعدہ سوزاکی نہیں ہوتا۔ نیز قزاتی التهاب مہل (granular vaginitis) بھی بالعموم سوزاکی نہیں ہوتا۔ عنقی مخاطیہ کے کاذب غدی سلمی (pseudo-adenomatous) قطعات (نماکلات: erosions) اور مختلف التهابات پر بھی

یہی صادق آتا ہے۔ ”سوزاک کی مٹے ٹینک بھی ہمیشہ دالہ مرض نہیں ہوتے۔ وہ تمام تغیرات جو رحم، نلیوں اور باریطون میں سوزاک کی سرائت سے پیدا ہو سکتے ہیں وہ عفونت سے بھی پیدا ہو سکتے ہیں، اور نفسی حالت میں بالخصوص ایسا ہوتا ہے۔ اس لئے یہ ضروری ہے کہ تمام متلازم عوارض کے مفصل حالات پر غور کیا جائے، اور رومنڈا مرض کا احتیاط سے تجزیہ کیا جائے تاکہ سوزاک کی تشخیص کرنے میں کوئی غلطی نہ ہو۔ ناکتخا نوجوان عورتوں میں انجوبی اور ام کی تفریقی تشخیص کرنے میں درنہ (tubercle) کا ضرور خیال رکھنا چاہئے۔

297

اگر بتول سامط ہو اور مہبل سے مواد بھی آتا ہو، اور یہ شکائتیں شادی سے جلد بعد شروع ہو گئی ہوں تو ان کی وجہ غالباً سوزاک ہوتا ہے۔ پیشاب میں تاگوں کی موجودگی سوزاک کی طرف اشارہ کرتی ہے لیکن یہ دالہ مرض ہے۔

مشتبہ سوزاک کے تمام اصابات میں جو مواد عنق یا مہبل یا باریطون یعنی غدہ کی قنات سے نکلتا ہو اسے خرد بینی یا کاشتشی تحقیقات کے لئے پلانٹیم کے عقیقہ چنبیر اور پجارے پر جمع کرنا چاہئے۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ مفر من سوزاک کے اصابات میں مہبل مواد ات سے طیار کردہ فلمی پنہیزات میں بنفہ سوزاک بہت شاذ طور پر پایا جاتا ہے، لیکن جہاں فلموں سے ناکامی ہوئی ہو وہاں کاشتشی طریقوں سے مثبت نتائج حاصل ہو جاتے ہیں ہیرن (Harrison) نے بیان کیا ہے کہ نسوانی سوزاک کے ۲۲۵ متوالی اصابات کے ایک سلسلہ میں جس کا تجزیہ سینٹ تھامس ہاسپٹل کے وینیریل کلینک میں کلیمنٹس (Clements) اور پیکن (Payne) نے کیا ہے، بنفہ سوزاک ۵۵ میں پہلے امتحان پر صرف بزریہ کاشت ہی شناخت کیا جاسکا، ۸ اصابات میں یہ کاشت اور فلم میں پایا گیا، اور ۴ اصابات میں یہ صرف فلم میں موجود تھا۔ اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ اگر کاشتشی طریقوں کا استعمال نہ کیا جاتا تو یہ اصابات کی ایک کافی تعداد میں شناخت نہ کیا جاسکتا۔ چونکہ خرد بین سے سوزاک کی تشخیص کرنے میں انتہائی وقت پیش آتی ہے اس لئے کیمیائی اور فعلیاتی کاشفات کا استعمال رائج ہو گیا ہے۔ مخاطیہ میں خراش کے اشغال کے لئے نائیلریٹ آف سلور (nitrate of silver) کا اشراب کیا گیا ہے تاکہ جرثومی لطف بہ کر سطح کی طرف آنے لگے۔ اسی طرح یہ بھی کہا جاتا ہے کہ اشغالی سوزاک کی جدرین (provocative gonococcal vaccine) مخفی ماسکات میں ہیجان پیدا کر دیتی ہے۔

ڈیوڈ تھامسن (David Thomson) نے ٹر (Müller) سے ذیل کا اقتباس کیا ہے ”اگر جدیرین کے اشعاعی معناد کے بعد مہال کے مواد میں اضافہ ہو جائے، یا یہ پھر عود کر آئے تو یہ اس امر کی شہادت ہے کہ مرض سے ابھی تک شفا حاصل نہیں ہوئی۔“ تھامسن، پرائس (Price)، اور ہیبر ہین (Harrison) اور دیگر محققین کے مطابق متکم شیشیتی کا ششہ (complement-fixation test) بہت تشخیصی اہمیت رکھتا ہے۔

حفظ ماتقدم اور علاج۔ عوام الناس کو یہ تعلیم دینا ضروری ہے کہ وہ سوزاک کو ایک خطرناک مرض تصور کریں، اور اسے محض ایک سوزہ اتفاق یا خفیف سی تکلیف خیال نہ کریں۔ ڈاکٹروں کو اپنے مرد مریضوں کو اس مرض کے ان خطرناک نتائج سے ضرور متنبہ کر دینا چاہئے، جو ازدواجی زندگی میں پیدا ہوتے ہیں، اور مرن سوزاک کی موجودگی میں ازدواج کو ممنوع قرار دے دینا چاہئے۔ مریضوں کو مواد کی سرائت ربانی سے آگاہ کر دینا چاہئے، اور اس کو دور کرنے کے لئے سفنجوں کا استعمال ہرگز نہ کرنا چاہئے بلکہ اعضائے تناسل کو روئی سے صاف کرنا چاہئے جو بعد میں فوراً جلا دیجائے۔

حاد درجہ میں مریضہ کو بستر پر آرام کرنا چاہئے۔ اور روکی غسل (sitz bath) لینا چاہئے اور خارجی اعضائے تناسل کو کسی خفیف دافع عفونت مثلاً بورک ایسڈ لوشن (boric acid lotion) سے دھونا چاہئے۔ حاد درجہ میں سوائے اس کے اور کوئی مفای علاج نہ کرنا چاہئے کہ خارجی اعضائے تناسل پر لینولین (lanoline) لگا دی جائے تاکہ ان پر مواد سے السحاج (excoriation) نہ پیدا ہو جائے۔ غنفی سوزاک میں حاد مدارج میں غنفی یرطلانہ کرنا چاہئے بلکہ مہیل اور فرج کو تطولات، غسول، اور گلیسرین یا گلیسرین اور ایکری فلیوین (۵۰۰ میں ۱) کے روزانہ مہیلی افطارات (vaginal instillations) سے صاف رکھنا چاہئے۔ چوتھے ہفتہ کے بعد جبکہ مرض تحت السحاج ہو جائے تو بطن غنفی (endocervix) پر پلے فیئر (Playfair) کی سلائی سے جس کا سراسر ۱۰ فی صدی پروٹارجن (protargen)، یا کولائیڈل سلور آئیوڈائیڈ (colloidal silver iodide) کے تازہ طیار کردہ ۱۰ فی صدی محلول، یا مرکبورو کروم کے ۲ فی صدی محلول میں ڈبو کر ترکیب کیا گیا ہو

ہلا کر دینا چاہئے۔ ہیریسن (Harrison) مرکبورو کروم کی تائید اس لئے کرتا ہے کہ اس کے خیال کے مطابق یہ دوسرے واقعات عفونت کی نسبت بافتوں کے لئے کم مضر ہے۔ اس معمول سے روئی مرکوز کر لی جاتی ہے اور چوبی "فتیلوں" (wooden "tents") پر لمبیٹ لی جاتی ہے۔ یہ فتیلے قتال عنق میں داخل کر دئے جاتے ہیں، جہاں یہ پھول کر سرسختی افزا کو دبا کر غد عنق سے باہر نکال دیتے ہیں، نیز مرکبورو کروم کا معمول بافتوں میں نفوذ کرتا ہے اور ان کی سرسختی کو دفع کر دیتا ہے۔ یہ عنقی فرزیجے ہر دوسرے یا تیسرے دن داخل کئے جاتے ہیں۔

امریکہ میں انفعالی بیش دمویت پیدا کرنے اور عنقی غد کو افزا سے خالی کرنے کے لئے متعدد کیمو کے لگا کر امتصاصی پیپ کے ذریعہ سے امتصاص کیا گیا ہے، اس کے بعد مرکبورو کروم کا ۲ فی صدی معمول ہجارسے سے عنق پر ہفتہ میں دو دفعہ لگا دیا جاتا ہے۔

سخت السخا و التهاب مہال کا علاج اس قتال میں انی صدی کولائیڈل سلور آئیوڈائیڈ (colloidal silver iodide) کا خفیف سے دباؤ سے روزمرہ اشراب کرنے، یا ایسی مہالی شمعات (urethral bougies) کے استعمال سے جن کا اساس کوکوبٹر (cocoa-butter) ہو کیا جاتا ہے۔

سوزاکی التهاب مہال کے لئے امریکہ میں ایک علاج رائج ہے جو "خشک علاج" کے نام سے موسوم ہے۔ مریضہ کو وضع سمس میں لٹا کر سمس کے منظار سے عجان کو باز کشیدہ کر لیا جاتا ہے، اور مہل کو عقیق روئی سے خشک کرنے کے بعد گرم ہوا میں اسکا خشک کیا جاتا ہے، جو برقی ناشف (electric drier) سے نکلتی ہے۔ جب یہ قتال بالکل خشک ہو جاتی ہے تو اس کی سطح سب کاربونیٹ آف بسمتھ (subcarbonate of bismuth) سے ڈھانپ دی جاتی ہے جسے منفاخ (insufflator) کے ذریعہ سے داخل کیا جاتا ہے۔

جو جسمی دروں رحمی التهاب سوزاک سے پیدا ہو اس کا علاج بہت ہی احتیاط سے کرنا چاہئے۔ مجرت (curette) کا ہرگز استعمال نہ کرنا چاہئے۔ سرسخت زودہ دروں رحمہ کو پلے فیئر (Playfair) کی سلائی کے ذریعہ سے کوکوبٹر سلور آئیوڈائیڈ

(collosal silver iodide) (۱۵ فی صدی) یا "چاندی" کے دیگر تہیزات کے لگانے کا اب تک بہت رواج رہا ہے۔ امراض زہراوی کی بعض سریریات گاہوں میں اس علاج کی جگہ کہفہ رحم میں گلیسرین کا اشراب کر دیا جاتا ہے، اور یہ طریقہ ریمنگٹن ہابس (Remington Hobbs) نے رائج کیا تھا۔ گلیسرین دافع عفونت بھی ہے اور نرم گیر بھی۔ موزر الذکر خاصہ بانقوں کی موثر میلیت کو ترقی دینے کے لئے ایک قابل قدر مساعد ہے۔ مناسب میلیت کے برقرار رکھنے کو نسوانی تناسلی خطہ کے سوزاک کے مقامی علاج کا ایک اہم جز تصور کیا جاتا ہے۔

مزمن سرانقوں میں ویکسین کے مناسب استعمال سے مریضہ کی عمومی قوت مزجت کو بڑھانے کی کوشش کرنا چاہئے۔ ہیرسین (Harrison) کا یہ خیال ہے کہ سوزاک میں ویکسینوں کے استعمال سے سریری استفادہ صرف اسی حالت میں کیا جاسکتا ہے جبکہ انکے استعمال اور ان کی مقدار کو متم تثبیتی کاشفہ (complement-fixation test) سے منضبط رکھا جائے۔ ویکسین کے علاج کو منضبط رکھنے میں جو اہمیت متم تثبیتی کاشفہ کو حاصل ہے اس کا مظاہرہ جنگ یورپ کے دوران میں تھامسن (Thomson) نے کیا تھا۔ اوپینٹ تھا مسز ہاسپیٹل (St. Thomas's Hospital) میں کلیمینٹس (Clements) نے بھی انہی اصولوں پر تحقیقات کرنے سے حوصلہ افزا نتائج حاصل کئے ہیں۔

مزمن دروں عنقی التهاب، مزمن التهاب مبال، مزمن فرجی سرانقوں، اور سوزاکی انجوبی بیضی التهاب کا علاج چند سالوں سے برقی حرارت رسانی (diathermy) کے ذریعہ سے ایک وسیع پیمانے پر ہونے لگا ہے۔

برقی حرارت رسانی بہت اعلیٰ تعدد کی متبادل برقی رو کا استعمال ہے۔ متبادلات (alterations) مسلسل برقرار رہتے ہیں اور اس رو کے استعمال سے بانقوں میں برق پاشیدگی کا فعل واقع نہیں ہوتا۔ بخلاف اس کے بانقوں میں ہر گہرائی تک حرارت پیدا کی جاسکتی ہے، بشرطیکہ وہ دونوں برقیروں کے درمیان واقع ہوں۔ پیدائش حرارت کی مقدار کا انحصار (۱) ملی ایمپیروں کی تعداد، (۲) برقیروں کی اضافی جسامت، (۳) بانقوں کی مزاحمت، اور (۴) برقی رو کے بہنے کی مدت پر ہوتا ہے۔ طبی برقی حرارت رسانی اس حرارت کا استعمال ہے جو برقی رو کے گزرنے سے

بانتوں میں پیدا ہوتی ہے، اور ۵۰ سے لیکر ۵۲ حر تک ہوتی ہے۔ ۵۲ حر سے اوپر کی علاجی اہمیت زائل ہو جاتی ہے، اور تپش سے برقی ترویج پیدا ہو جاتی ہے۔ اور بافتیں متباہ ہو جاتی ہیں۔ لہذا ۵۲ اور ۶۰ حر کے درمیان برقی حرارت رسانی ایک جراحی طریقہ عمل ہے۔

سوزاکی سرایت میں برقی حرارت رسانی کی علاجی اہمیت کا انحصار ابتدا میں اس امر پر تھا کہ بنفہ سوزاک نسبتاً ادنیٰ تپش پر متباہ ہو جاتا ہے۔ چیری (Cherry) بیان کرتا ہے کہ اگر ۳۰ سے ۳۵ حر تک کی تپش دس منٹ تک برقرار رکھی جائے تو یہ بنفہ سوزاک کی نامی کاشت کو ہلاک کرنے کے لئے کافی ہوتی ہے، اور ۳۵ سے لیکر ۴۰ حر تک کی تپش اسے مہل میں ہلاک کرنے کے لئے کافی ہوتی ہے۔ بخلاف اس کیے چیسر مارٹر (Chassar Moir) نے حال ہی میں اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ اس دعویٰ کی مزید تائید نہیں کی جاسکتی کہ بافتوں میں جو حرارت پیدا ہوتی ہے اسی سے بنفقات سوزاک ہلاک ہو جاتے ہیں، کیونکہ حاد سوزاک میں برقی حرارت رسانی کے فوراً بعد مہل سے ان عضویات کی کاشت کرنا ممکن ہے۔ اس کا یہ خیال ہے کہ اس علاج سے جو سریری فوائد حاصل ہوتے ہیں ان کی وجہ افزائش سیلیت اور زیادتی عروقییت ہے۔ عمل نقطہ نظر سے ایک اہم امر یہ ہے کہ مہل میں سوزاک میں سرایت بہت مخلوط ہوتی ہے، اور بنفقات سمجیدہ وغنیبہ اکثر موجود ہوتے ہیں۔ ایسی حالتوں میں کمبربچ (Cumberbatch) اور رابنسن (Robinson) برقی حرارت رسانی کی رو کا ٹھکما جست اور تانبے کی رواں رسانی (ionisation) سے کرتے ہیں۔ برقی حرارت رسانی کی اہمیت کا تمام تر انحصار اس کے جراثیم کش اثر پر نہیں۔ صعودی سوزاک میں جبکہ نلیا اور بیضین ماؤت ہو چکے ہوں اور انتہائی انوبی بیضی تو دسے موجود ہوں تو بانتوں کی حرارت سے پیدا شدہ ہمیش دمویت عرقی کو د کو کم کر دیتی ہے، عبور ارتشاح (transudation) کی

Cherry, Thos. H. "Diathermy in Pelvic Infections." *Med. Journ. and Record*, July 15th, 1925.

Cumberbatch and Robinson. "Treatment of Gonococcal Infection by Diathermy." W. Heinemann, 1925.

مساحت کرتی ہے، اور عصبی ریشٹوں سے دباؤ کو دور کر دیتی ہے، اور اس طرح بہ در میں تسکین پیدا کرتی ہے، اور التهابی ارتشاج کے انخذاب کی تائید کرتی ہے۔ یہ دعویٰ بھی کیا گیا ہے کہ برقی حرارت رسانی سے تمام بافتوں کے اکٹھے گرم ہو جانے کی وجہ سے ان کی جراثیم کش طاقتوں میں اضافہ ہو جاتا ہے۔

حرمن دروں عنقی التهاب میں ایک بڑے برقیہ کو شکم پر اور چھوٹے برقیہ (حامل حرارت: thermophore) کو قنال عنق میں رکھا جاتا ہے۔ ۵۰ تا ۸۰ ملی ایمپیئر کی زد کا استعمال پسندہ منٹ سے بیکتریس منٹ تک کیا جاتا ہے، اور قنال عنق میں تپش کو ۳ تا ۴ درجہ پر قائم رکھا جاتا ہے (چیری: Cherry)۔

کمبرینج (Cumberbatch) اور رابنسن (Robinson) اس سے زیادہ تپش اس سے تھوڑے عرصہ کے لئے استعمال کرتے ہیں، یعنی تقریباً ۵۰ درجہ منٹ کیلئے۔ مزمن التهاب مبال کے لئے بھی یہی طریقہ عمل اختیار کیا جاتا ہے۔ چونکہ یہ قنال حساس ہوتی ہے اس لئے جب حرارت بہت زیادہ ہو جانے لگی تو درد محسوس ہو گا۔ کمبرینج اور رابنسن نے یہ دلچسپ مشاہدہ کیا ہے کہ سوزاکی التهاب مفصل میں اس طریقہ علاج کا اطلاق عنق اور مبال پر کرنے سے جوڑوں کا درد اور ورم کم ہو جاتا ہے۔

کمبرینج برقی حرارت رسانی کو بچوں اور باکرہ عورتوں کے فرجی مہلی التهاب میں استعمال کرنے کی تائید کرتا ہے فعال برقیہ (active electrode) معائے متعقیم میں رکھا جاتا ہے۔

یونیورسٹی کالج ہاسپٹل میں چیسر مائر (Chassar Moir) نے برقی حرارت رسانی (diathermy) کے علاج سے ۳۳ امابات کے ایک سلسلہ میں سے ۲۰ کے سریریاتی اور جزو میاتی طور پر شفا یاب ہونے کا اندراج کیا ہے۔ اس کا یہ خیال ہے کہ مختلف مقامی اطلاقات سے ۵۰ فیصدی مریض پانچ یا چھ ماہ کے قوی علاج سے صحت یاب ہو جاتے ہیں، اور بقیہ ۵۰ فی صدی میں اس قسم کے علاج کو جاری رکھنا ترضیع اوقات ہے۔ ایسے مریضوں کے علاج کا بہترین طریقہ برقی حرارت رسانی ہے۔ یہ نظام ہے کہ سوزاک میں مجامعت کو ممنوع قرار دینا چاہئے۔

زمانہ نفاس میں ایک طویل مدت تک آرام کرنا ضروری ہوتا ہے۔ مریضہ کو چار پانچ ہفتہ تک بستر میں رکھنا چاہئے خواہ ارتفاع پیش موجود نہ بھی رہا ہو۔ جن نفاسی عورتوں کو سوزناک کی شکایت ہو ان کے لئے سب سے زیادہ خطرہ کا وقت وہ ہوتا ہے جبکہ وہ بستر سے اٹھ کر چلنا پھرنا شروع کرتی ہیں۔

نسوانی آتشک

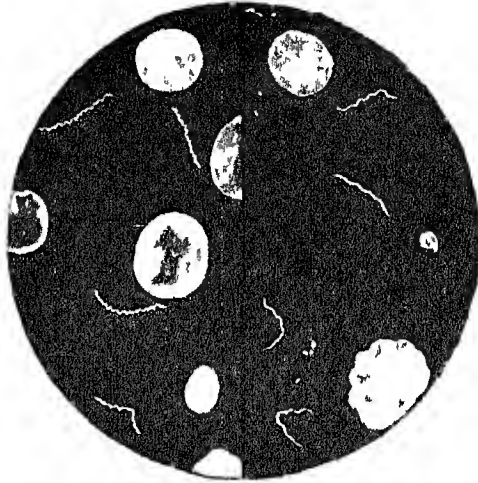
300

اس فصل میں ہم آتشک کا ذکر عمومی طور پر نہیں کریں گے۔ اس مرض کی جو شکل عورتوں میں پائی جاتی ہے وہ اس کی اس شکل سے بین اختلافات رکھتی ہے جو مردوں میں دیکھنے میں آتی ہے، اور ماہر امراض النساء کو زیادہ تر اپنی امور سے سابقہ پڑتا ہے۔

نوعی عضویہ سخوبی پیچ سکلیم (treponema pallidum) یا سخوبی پیچ خیطیہ (spirocheta pallida) (شناؤن کا سخوبی پیچ ہویہ of Schaudinn: ایک چھوٹا سا مرغولی رشتہ تک ہوتا ہے جس کے سرے نوکدار ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۱۸۱)۔ یہ فعال طور پر متحرک ہوتا ہے اور اس کے ہر ایک سرے پر ایک سوطیہ (flagellum) ہوتا ہے۔ یہ عضویہ ابتدائی 'ٹائٹوئی' اور ثلاثی ضررات میں موجود ہوتا ہے۔ بندروں اور خروگوشوں پر جو کامیاب تجربات کئے جا چکے ہیں ان سے اس امر میں اب کچھ شبہ باقی نہیں رہا کہ آتشک کا سبب یہی عضویہ ہے۔

یہ خیال کیا جاتا ہے کہ عورتیں آتشک سے دو مختلف طریقوں پر سرائت زدہ ہو سکتی ہیں۔ (ا) ایسے مرد سے مباشرت کرنے سے جسے مرض حال ہی میں لاحق ہوا ہو اور فعال ہو، (ب) ایسے مرد سے حاملہ ہونے سے جس میں مرض درجہ ثالث کو پہنچ گیا ہو، اور کوئی کھلے ضررات موجود نہ ہوں۔ ایسے مرد اپنی بیویوں کو محض جماعت ہی سے سرائت زدہ نہیں کرتے بلکہ اگر بیوی حاملہ ہو جائے تو سچو آتشک زدہ ہوتا ہے، اور اسکی والدہ اس کے ذریعہ سے سرائت زدہ ہو جاتی ہے۔ پیچ سکلیم (treponema) مذکور مٹی میں موجود ہوتا ہے، اور رحم میں حیوانات منویہ کے ذریعہ سے داخل ہوتا ہے۔ یہاں یہ نامی بیضہ کو سرائت زدہ کرتا ہے، اور اس راستہ سے حاملہ کے خون میں چلا جاتا ہے۔ اگر حمل واقع نہ ہو

پیچ سکلیمہ تباہ ہو جاتا ہے کیونکہ اس میں تندرست سرحد میں نفوذ کرنے اور خلیوں کے اندر نسل بڑھانے کی طاقت موجود نہیں ہوتی جیسی کہ بنتھے سوزاک میں موجود ہوتی ہے۔ مادی سرست اپنے تمام ممر میں خاص طور پر خفیف سی قسم کی ہوتی ہے، اور بین علامات کا ظہور بعض اوقات



شکل ۱۸۱۔ شمولی پیچ سکلیمہ (*Treponema pallidum*) (آئی۔ ش۔)۔
یہ غلیں نوعی قروح سے حاصل شدہ مواد سے طیار کی گئی ہیں اور ان کی تلوں سیاہی (انڈین انک) سے کی گئی ہے۔ تصویر میں بائیں جانب پر شمولی پیچ سکلیمہ (ٹریپونیمائیلڈیم) دکھائی دیتا ہے۔ اس کی شکل سفید مرغولہ کی سی ہے جس کے پیچ قریب قریب ہیں۔ تصویر کی دائیں جانب پر انعطافی پیچ خیطیہ (*spirocheta refringens*) دکھایا گیا ہے جس کے مرغولے عریض ہیں۔ موخر الذکر عضو یہ شمولی پیچ سے زیادہ موٹا ہوتا ہے۔ یہ غیر نوعی ہوتا ہے اور یہاں یہ صادق نوعی عضو یہ سے مقابلہ کرنے کے لئے دکھایا گیا ہے۔

اصل سرست کے بعد کئی ایک سال تک ملتوی رہتا ہے پہلی قسم کی سرست اور اس سرست میں جو روں میں لکچنے میں آتی ہے بہت کم فرق ہوتا ہے، اور اہم اختلافات ابتدائی ضرر کے خواص میں پائے جاتے ہیں۔ دوسری قسم کی سرست کو استقراری آتشک (conceptional syphilis) کے نام سے نیز کیا گیا۔

یہ بلا واسطہ یعنی اخصاب (fertilization) کے ذریعہ سے حاصل ہوتا ہے اور معمولی قسم سے یہ مندرجہ ذیل امور میں مختلف ہوتا ہے۔ (۱) ابتدائی درجہ کوئی نہیں ہوتا۔ (ب) ثانوی درجہ کا ابتدائی حصہ اکثر موجود نہیں ہوتا اور جب یہ دیکھنے میں آتا ہے تو بہت خفیف ہوتا ہے۔ (ج) ثانوی درجہ کے مناسخ حصہ کے پہلے مظاہر بعض اوقات کسی سال گزرنے اور کچھ جھٹنے کا زمانہ ختم ہو جانے کے بعد بھی رونما نہیں ہوتے۔

کئی حالتوں میں ایسا ہوتا ہے کہ ایسے بچوں کی ماں میں جو صریحاً آتشک زدہ ہوں بظاہر مرض کی کوئی علامت موجود نہیں ہوتی اور اس سے یہ نظریہ قائم ہو گیا کہ وہ بچہ کی وجہ سے شاید کسی نہ کسی طرح سے مرض سے محفوظ ہو جاتی ہے۔ اس نظریہ کی تائید اس امر سے ہوئی جو نہایت مسلمہ قرار دیا گیا تھا کہ عورت اپنے آتشک زدہ بچہ کو دودھ پلا سکتی ہے اور خود مرض کے جملہ امارات سے بری رہ سکتی ہے اور اگر کوئی دوسری عورت جو اس بچہ کی ماں نہیں اسے دودھ پلائے تو وہ سرایت زدہ ہو جاتی ہے۔ "کالیس کے قانون مناعت" (Colle's Law of "Immunity") کی بنیاد یہی مشاہدات تھے۔ مگر سریری مشاہدات کو وسعت دینے اور واسرین (Wassermann) کے کاشفہ سے اس نظریہ کی حقیقت ظاہر ہو گئی ہے۔ مرض بچہ کی ماں میں موجود تو ہوتا ہے مگر بہت خفیف حالت میں۔ واسرین کے تعامل سے آتشک کی موجودگی کی مثبت شہادت حاصل کرنے میں اکثر ناکامی ہوتی ہے تا وقتیکہ بچہ جھٹنے کا زمانہ گزر نہ جائے۔ نامی بیضہ عضویہ کے لئے والدہ کی بافتوں کی نسبت غالباً بہتر ماحول مہیا کرتا ہے، کیونکہ ایسے مریضوں کے بچوں میں مرض کے شدید ترین مظاہر دیکھنے میں آتے ہیں۔

ابتدائی ضرر۔ ہنٹر کا مثالی ششینگر (اکولہ) عورتوں میں شاذ و نادر ہی دیکھنے میں آتا ہے۔ یہ ضرر ایک زیر جلدی ایری کی سلعہ (subcuticular granuloma) ہے جس میں سطحی تاگل اور تقرح کی طرف ایک نمایاں میلان پایا جاتا ہے۔ اس طرح جو قرعہ پیدا ہوتا ہے اس کا قاعدہ کسی قدر مادی اور متضرب ہوتا ہے اور اسکی کور مرتفع ہوتی ہے۔ مردوں میں مقام ضرر کے تکشف سے عمل تقرح کو مدد ملتی ہے۔ اور جلدی عضویوں کی ثانوی سرایت سے قاعدہ پیر الٹہابی تضلیب کا ایک طبقہ بطور عاقبہ پیدا ہو جاتا ہے جس پر سخت قرعہ (hard sore) کے امتیازی خصائص کا انحصار ہوتا ہے۔ عورتوں میں ابتدائی تقرر سرایت کے خارجی منایع کے لئے اتنا مشکف نہیں ہوتا اور اس لئے قاعدہ کا امتیازی تضلیب بھی

اتنی باقاعدگی سے پیدا نہیں ہوتا۔ اور اغلب یہ ہے کہ ابتدائی بشرہ (papule) اکثر اوقات تقرح پیدا ہونے کے بغیر ہی مکمل طور پر جذب ہو جاتا ہے، اور اس لئے کوئی ندبی بافت بھی نہیں بنتی۔

محل۔ بلحاظ وقوع ضرر کے عام ترین مقامات بالترتیب مندرجہ ذیل ہیں: شفتین، عنق، ہسیل، اور اعضائے تناسل سے باہر ممبر اور رانوں کے اندرونی اطراف۔ لی۔ اے ڈیویز (T.A. Davies) کے مطابق عورتوں میں عنق رحم ابتدائی ضرر کا عام ترین محل ہے۔ جب دیوار ہائے ہسیل یا عنق متاثر ہو تو مریضہ قرصہ کے وجود سے لازمی طور پر بے خبر ہوتی ہے۔ بہت سی حالتوں میں شفری قرصہ بھی بغیر معلوم ہونے کے اچھا ہو جاتا ہے، کیونکہ اس میں درد نہیں ہوتا اور اس سے کوئی قابل لحاظ مواد بھی خارج نہیں ہوتا۔ شفری اکولہ (labial chancre) مشاہدہ کرنے پر یا تو چھپے بشرہ کی شکل کا دکھائی دیتا ہے، اور یا یہ اچھلے قرصہ کا کاسا ہوتا ہے جس کا فرش رامادی اور ناتندرست ہوتا ہے۔ اگر قاعدہ کا جٹ اسے انگلیوں کے درمیان پکڑ کر کیا جائے تو تضلع مشکل ہی سے معلوم ہوتا ہے۔ اسی طرح عنقی اکولہ (cervical chancre) بھی غیر تضلع ہوتا ہے، اور بعض اوقات یہ بشری مضم کا ہوتا ہے اور بعض اوقات تقرحی مضم کا۔ مرض کے جس درجہ میں یہ مثالی قرصہ ظاہر ہوتا ہے وہ بعض اوقات قلیل المدت ہوتا ہے، اور قرصہ بغیر معلوم ہونے کے ہی ختم ہو جاتا ہے، اور اس کے بعد ایک صاف سُرخی مائل ثوری رقبہ رہ جاتا ہے جو عنقی تاگل (cervical erosion) سے ملتا جلتا ہے۔ سینٹ جارج ولسن (St. George Wilson) نے ایک اصحابہ کا ذکر کیا ہے جس میں عنق کلانی یافتہ اور نرم تھی اور جس پر اس سے خون بہنے لگتا تھا۔ اسے اول اول سرطان عنق تشخیص کیا گیا تھا۔ ہسیل اکولات (vaginal chancres) قلیل الوقوع ہیں اور جو اکولات اعضائے تناسل سے باہر واقع ہوتے ہیں وہ دیگر اکولات کی نسبت مثالی سخت قرصہ (hard sore) سے زیادہ قریبی مشابہت رکھتے ہیں۔

شفری اکولات (labial chancres) اکثر متعدد ہوتے ہیں، اور یہ مقرب سطوح پر حملہ کرتے ہیں۔ اربی غد میں مثالی کلانی اور تضلع پایا جاتا ہے۔ عنقی اکولات میں بعض اوقات خارجی غد پر بالکل کوئی اثر نہیں ہوتا، کیونکہ وہاں کے عروق لمف کی میلیت عمیق ترقعی غد میں ہوتی ہے، مگر گاہے گاہے آزاد نفخ کی وجہ سے اربی غد بھی ماؤف

ہو جاتے ہیں۔

عفونی سرایت جس سے آکله (phagedena) پیدا ہو جاتا ہے عورتوں میں شاذ و نادر ہی دیکھنے میں آتی ہے، کیونکہ جن جن مقامات پر قرصہ واقع ہوتا ہے ان سے سطحی سیلیت باسانی واقع ہو سکتی ہے۔ آکلی قرصہ (phagædenic sore) کا مثالی محل وقوع خلفہ کے نیچے کا مقام ہے جہاں پر سیلیت ناقص ہوتی ہے۔

یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ قثب سوزاک و آتشک کی مخلوط سرایت قلیل الوقوع نہیں اور وہ علامات جو قبل الذکر کی طرف اشارہ کرتے ہیں پہلے ظاہر ہونے اور زیادہ مغل ہوئے کی وجہ سے دوسری سرایت کی موجودگی کو بالکل پوشیدہ کر دیتے ہیں۔

ہیریسن^۱ (Harrison) نے حال ہی میں اس سرعت کی طرف توجہ دلائی ہے جس سے بیج مویہ (spirochete) میزبان کی بافتوں میں سفر کرتا ہے۔ سرایت کے بعد چند گھنٹہ کے اندر عضویات محل الطعم سے دور تک منتشر ہو جاتے ہیں۔ گنی پوں میں یہ نہایت کیا گیا ہے کہ قریب ترین لمفی غدد پانچ منٹ کے قلیل عرصہ کے بعد سرایت زدہ پائے جاتے ہیں۔

ثانوی درجہ۔ عورتوں میں اس درجہ کے دو ضررات غیر معمولی طور پر جلد نمودار ہوتے ہیں، یعنی فرج کے فطامی سلحات (condylomata) اور زبان کا صلیبی سلعہ (papilloma)۔ فطامی سلحات یا فطامی قطععات (mucous patches) چبٹے اور چورے ٹولوی ارتفاعات کی شکل کے ہوتے ہیں اور ان کی رنگت رمادی مائل ہوتی ہے، اور یہ تردکھائی دیتے ہیں۔ یہ ہمیشہ متعدد ہوتے ہیں اور اکثر ایک وسیع رقبہ پر پائے جاتے ہیں، اس حالت میں ان سے نہ صرف شفتیں ہی ماؤف ہوتے ہیں، بلکہ عجمانی جسم، ممبرز، شکم، سرین، اور رانوں کے اندرونی سطوح بھی متاثر ہو جاتے ہیں۔ یہ ابتدائی قرصہ کی طرح سرایتی ہوتے ہیں۔

Test-Book on the "Diagnosis and Treatment of Venereal

Diseases" by Colonel L. W. Harrison. Oxford University Press, 4th edition

زبان کا حلیمی سلعہ گرد سیاجی حلیموں (circumvellate papillæ) کی چوٹی پر یعنی زبان کے موخر حصہ کے اوپر پایا جاتا ہے۔ یہ پیٹے اور سرخ ارتفاع کی شکل کا ہوتا ہے اور اس کی سطح بے قاعدہ ہوتی ہے۔ اس کا وجود مقامی ضرر کی عدم موجودگی میں بھی آتشک کی ایک قوی ابتدائی شہادت ہوتا ہے اس لئے زبان کے معائنہ کو اس دستور العمل کا ایک جزو بنالین چاہئے جو مشتبہ آتشک کے اصابت کے امتحان کے لئے اختیار کیا جاتا ہے۔

جن لمفی غدود تک بذریعہ جس رسائی ہو سکتی ہے ان کے امتحان سے ان میں ایک میجر نصلب اور کلانی پائی جاتی ہے، مگر گرد غدی دبازت موجود نہیں ہوتی۔ سطحی اور عمیق غدی اور نعل اور کہنی کے غدود میں یہ بات بخوبی نمایاں ہوتی ہے۔ پیچ سکیہ (treponema) کا مظاہرہ اس سیال میں کیا جاسکتا ہے جو کلانی یا فستہ غدہ میں سے کچھ کا لگا کر نکالا گیا ہو۔

عورتوں میں موخر ثانوی درجہ میں افعال تولید کے اختلالات کے سوا جن کا ذکر نیچے کیا گیا ہے اور کوئی امتیازی خصائص موجود نہیں ہوتے۔

تشخیص۔ جو کچھ اوپر بیان کیا جا چکا ہے اس سے یہ صاف ظاہر ہے کہ جب کوئی عورت آتشک کے معرض تعدیہ میں آجی ہو تو سریری تحقیقات کے لئے نہایت احتیاط کی ضرورت ہوتی ہے، فرج کا با احتیاط امتحان کرنے سے غائب ہوتے ہوئے ضررات کے نشانات منکشف ہو سکتے ہیں، اور اگر مشاہد ان کی غیر واضح خصوصیات سے آگاہ نہ ہو تو یہ نظر انداز ہو جاتے ہیں۔ تشخیص مرض کے دوران میں اس امر کو بہت کم اہمیت دینا چاہئے کہ جب کبھی اس قسم کا ضرر موجود ہوتا ہے تو اس میں آتشکی اکولہ (syphilitic chancre) کے مثالی خواص موجود نہیں ہوتے، اور اگر یہ سادہ مقامی علل سے جلد اچھا بھی ہو جائے تو تب بھی احتیاط کی ضرورت ہوتی ہے۔ خارجی ضرر کی عدم موجودگی میں تمام مہلکات میں عنق اور دیوار ہائے مہبل کا اچھی روشنی میں با احتیاط معائنہ کرنا چاہئے۔ معمولی اجمعی امتحان اس مقصد کے لئے بلاشبہ بے سود ہوتا ہے۔

چونکہ عورتوں میں ابتدائی ضرر کے خواص مثالی نہیں ہوتے اس لئے یہ ضروری ہے کہ مرض کی تشخیص ساری عضویہ کی شناخت سے کی جائے۔ پیچ سکیہ (treponema) کی شناخت ابتدائی قرصہ یا بثرہ یا غلطی سلعہ (condyloma) میں مندرجہ ذیل طریقہ سے کی جاسکتی ہے۔

قرصہ کی سطح کو پہلے محلول نیک سے دھو ڈالو۔ اور پھر قرصہ کو دباؤ اور یا اس کی سطح کو چاقو سے آہستہ آہستہ کھرچو، اور یہ خیال رکھو کہ زخف واقع نہ ہو۔ جو مصل و بانے سے باہر نکلے اس کا ایک قطرہ پلائیٹیم کے حلقہ پر لے لو اور شیشہ کے مشربچہ پر رکھ دو۔ اس کے برابر ہی ایک قطرہ پانی کا اور ایک قطرہ سیاہی (Indian ink) کے مستحلب کا بھی رکھ دو۔ اور پھر ان تینوں قطروں کو ملا دو۔ اور اس طرح جو بڑا سا قطرہ بن جائے اس سے محافظ شیشہ طیار کر لو۔ روغن غرق عدرہ (oil-immersion lens) سے امتحان کرنے پر بیج سلکیہ عمومی پس منظر کے مقابلہ میں غیر ملون دکھائی دینگا (دیکھو شکل ۱۸۱)۔

تکونی طریقوں کی جگہ اب تاریکی مٹی (dark-ground illumination) کے طریقہ کا استعمال کیا جاتا ہے جس سے عضویہ مصل میں بلاتوں کی شناخت کیا جاتا ہے۔ اس کے لئے ایک خاص قسم کا کاشفہ (condenser) اور تنویر کا ایک زبردست منبع درکار ہوتا ہے۔ اگر تکونی طریقہ منفی ثابت ہو تو کسی نتیجہ پر پہنچنے سے پہلے دوسرے طریقہ کا استعمال کر لینا چاہئے۔

اگر پہلی دفعہ ہی عضویہ شناخت نہ کیا جاسکے تو امتحان دوبارہ کرنا چاہئے عمومی آتشکی سرایت کے لئے ایک مثبت کاشف کے رائج ہونے سے تشخیص بہت زیادہ یقینی ہو گئی ہے، اور جملہ اصابت میں ابتدائی مارچ کے علاوہ کاشفہ واسرمن (Wassermann test) کا استعمال ضرور کرنا چاہئے۔ منفی نتیجہ کو ہرگز قطعی تصور نہ کرنا چاہئے، اور چند ایام کے وقفہ کے بعد اس کاشفہ کا تکرار کرنا چاہئے، اور اس اثنا میں علاج بند کر دینا چاہئے، یا آرسینو بنزین (arseno-benzene) کے کسی مرکب کا اشعاعی متناہ پہلے دے دینا چاہئے۔ ابتدائی ضرر کے سب سے اول ظاہر ہونے کے وقت اس کاشفہ کا استعمال بے سود ہوتا ہے، مگر اس مرحلہ میں بیج سلکیہ (treponema) کی شناخت تشخیص کے لئے کافی ہوتی ہے، اور علاج فوراً شروع کر دینا چاہئے۔

آتشک اور حمل۔ آتشک کے بعض نمایاں ترین نتائج قبالتی روہد میں پائے جاتے ہیں۔ یہ عہد غیبی اکثر بہت بار آور ہوتی ہیں یعنی ان میں استقرار حل نسبت زیادہ کثرت کے ساتھ ہوتا ہے۔ اردو لے ہالینڈ (Eardley Holland) اور دوسروں نے یہ ثابت کیا ہے کہ یہ قدیم قطرہ یہ کہ مادی آتشک استقاط کا ایک عام باعث ہے، غلط ہے۔ ابتدائی مضغہ یا اسکے اغشیہ میں آتشک کی واضح شہاد میں نہایت شاذ و نادر ہی

پائی جاتی ہیں۔ جب آتشک زدہ عورتوں میں اسقاط واقع ہوتا ہے تو یہ عادتہ جنینی مرض کا بظاہر اسطہ نتیجہ نہیں ہوتا، بلکہ اسے ان عمومی یا مقامی حالتوں سے منسوب کرنا چاہئے جن کی وجہ سے آتشک سے متبرع عورتوں میں اسقاط واقع ہوتا ہے۔ بہر کیف مادری آتشک جنین کے قابل حیات ہونے کے بعد اسکی موت کا عام ترین سبب ہوتا ہے۔ اور ہالینڈ (Holland) نے یہ دریافت کیا ہے کہ قبل از وقت پیدا شدہ مردہ مولودوں میں سے ۳۳ فی صدی میں آتشک کی واضح شہادتیں دریافت کی جاسکتی ہیں۔ گاہے گاہے جنین پوری میعاد تک پہنچ جاتا ہے اور زندہ پیدا ہوتا ہے، اور بوقت ولادت اس میں مرض کے نمایاں امدات موجود ہوتے ہیں، یا پیدا ہونے پر بظاہر تندرست بھی ہوتا ہے، لیکن زود یا بدیر اس میں مرض کے کم و بیش شدید علامات پیدا ہو جاتے ہیں۔ ہوشنگر (Hochsinger) کے مشاہدات کے مطابق ان بچوں میں سے جو آتشک زدہ عورتوں کو پیدا ہوتے ہیں ۹ یا ۱۰ فی صدی سے زیادہ بوقت ولادت امارت میں سے متبرع نہیں ہوتے، اور ان میں سے ایک خاصی تعداد میں زندگی کے پہلے چھ ماہ میں امارت آتشک پیدا ہو جاتے ہیں۔ تاوقتیکہ عورتوں کا مناسب علاج نہ کیا جائے تو عی قشب کے اس اثر میں جو تولید پر ہوتا ہے، زائل ہو جانے کا کوئی رجحان نہیں پایا جاتا، اور کبھی پایا بھی جاتا ہے تو بہت کم۔ نیز قبل از وقت ولادتوں یا دررحمی جنینی اموات، یا زندہ آتشک زدہ بچوں کا سلسلہ سالہا سال تک جاری رہتا ہے۔ جنینی اغشیہ، مشیمہ یا جصل ستری یا جنینی احتشاء، مثلاً جگر کا امتحان کرنے سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ ان میں پیچ سکلیہ (treponema) بالعموم موجود ہوتا ہے۔ یہ عضو یہ غالباً پدیری منی کے ذریعہ سے منتقل ہو جاتا ہے، اور زیادہ تر بیضہ کی بافتوں میں نشو و نما پاتا ہے۔

آتشک کا علاج۔ ایرلخ (Ehrlich) کے سکلیہ کے نامیاتی مرکبات کے ایک سلسلہ کا، اور ان کے اس مہلک اثر کا انکشاف جو ان کا دروں و ریدی اشراب کرنے سے پیچ سکلیہ پر ہوتا ہے، آتشک کے علاج کے موجودہ طریقوں کا اصل اصول ہے۔ اس علاج کا طریقہ معلوم کرنے کے لئے قارئین کو ان کتابوں کی طرف رجوع کرنا چاہئے جو ہر اوی امراض (venereal diseases) پر لکھی گئی ہیں، لیکن چند عمومی ملحوظات ایسے ہیں جن جتن ابھی زور دیا جائے کم ہے۔

سکلیہ کا علاج مرض کے ابتدائی درجہ ہی میں ضرور شروع کر دینا چاہئے

اور اگر ہینزین شائج حاصل کرنا ہوں تو اس علاج کو ایک یا دو سال تک جاری رکھنا چاہئے۔ اس اہم ترین اصول کو نظر انداز کرنے کا نتیجہ مریضہ کے لئے خطرناک ہوگا اور اسے اپنی صحت کے متعلق غلط خیال پیدا ہو جائے گا، اور آئندہ جبکہ اسے دماغی نغماخی آتشک (cerebro-spinal syphilis) کے عارض ہو جانے کا نہایت قوی امکان ہوگا۔ ایسی کوئی واحد مارست نہیں جس سے یہ معلوم ہو سکے کہ بافتوں سے عفویہ کا قطعی استیصال ہو گیا ہے۔ ”جب معصل کا تعامل پہلی مرتبہ منفی ہو جاتا ہے تو مریضہ کی شفا یابی میں ابھی بہت دیر ہوتی ہے“ (ہیرسین Harrison) اور تجربہ سے یہ ظاہر ہو چکا ہے کہ اگر علاج بند کر دیا جائے تو نکسات اکثر واقع ہونے لگتے ہیں۔

سنگیبا کے تجہیزات کو گلوکوس (glucose) کے محلول میں حل کر لینا چاہئے کیونکہ اس محلول سے مچھوٹے مچھوٹے نسجی اثرات ایک معتد بہ حد تک زائل ہو جاتے ہیں۔ مزید برآں لفریہ کو سختی سے نسجی غذا کی پابندی کرانے سے بگڑے خلیات کو آرسینو ہینزین (arseno-benzene) کو جذب کرنے سے اور نسجی علامات کو پیدا ہونے سے کسی حد تک روکا جاسکتا ہے۔

بعض ایسی حالتیں ہیں جن میں سنگیبا کے مرکبات دینے میں بہت فطرو ہوتا ہے مثلاً کلوی اور کبدی مرض، شریانی تصلب (arteriosclerosis)۔ ان حالتوں میں سیاب اور سمیتھ کے مرکبات پر اعتماد کیا جاتا ہے، جن کا آتشک کے علاج میں اب دوسرا مرتبہ ہے۔ اس امر پر بالعموم اتفاق کیا جاتا ہے کہ اکیلیہ سنگیبا کے علاج سے یقینی طور پر شفا نہیں ہوتی، اور اس لئے اب یہ رواج ہو گیا ہے کہ اس علاج کی تکمیل سیاب اور پوٹاشیم آیوڈائیڈ کے استعمال سے کی جاتی ہے۔ ہیرسین (Harrison) نے علاج کے مندرجہ ذیل افساب کی تعریف کی ہے۔

علاج کلون۔	”۹۱۳“ دروں دریدی طور پر	مربعہ سمیتھ زبردی طور پر۔
۱	۴۵ گرام	۰ گرام
۸	۴۵ گرام	۰۰۳۲

علاج کا دن۔	”۹۱۳“ دروں و ریدی طور پر	معہ بستمقہ زیر جلدی طور پر۔
۱۵	۴۵ گرام	۰.۵۳۲ گرام
۲۹	” ۰.۵۶۰	” ۰.۵۳۲
۳۶	” ۰.۵۶۰	” ۰.۵۳۲
۵۰	” ۰.۵۶۵	” ۰.۵۳۲
۵۷	” ۰.۵۶۵	” ۰.۵۳۲
۷۸	” ۰.۵۶۵	” ۰.۵۳۲
۸۵	” ۰.۵۶۵	” ۰.۵۳۲
۹۲	” ۰.۵۶۵	” ۰.۵۳۲
	۶۰۳ گرام	۲.۸۸ گرام

علاج کے سستانویں اور اٹھترویں دنوں کے درمیان جو تین ہفتہ کا وقفہ آتا ہے اس میں آئیوڈائیڈ آف پوٹاشیم ۵ تا ۱۰ گریں کی مقدار میں روزانہ تین مرتبہ کھلایا جاتا ہے۔

علاج کے ایسے تین نصابات مکمل کرنا چاہئیں۔ ان میں سے پہلے اور دوسرے نصابات کے درمیان چھ ہفتہ سے لیکر دو ماہ تک کا وقفہ ہونا چاہئے اور دوسرے اور تیسرے نصابات کے درمیان آٹھ ہفتہ سے لیکر دس ہفتہ تک کا۔ لیکن اگر علاج میں واسرین کے کاشفہ کے مثبت ہو جانے تک تاخیر کی گئی ہو تو یہ فرض کر کے کہ واسرین کا کاشفہ پہلے نصاب کے بعد ہی منفی ہو جاتا ہے، علاج کے ایسے چار نصابات کی تکمیل کرنا چاہئے۔ اگر یہ کاشفہ پہلے نصاب کے بعد منفی نہ ہو تو یہ ضروری ہوتا ہے کہ خون اور دماغی تغذی میال دونوں کے تعامل کے منفی ہو جانے کے بعد تین اور نصابات کی تکمیل کی جائے۔

پہلے سال کے دوران میں ہر تین ماہ کے بعد اور دوسرے سال کے دوران میں ہر چھ ماہ کے بعد خون کے امتحانات کئے جاتے ہیں۔

آتشک اور ازدواج۔ اس سوال کا تسلی بخش جواب دینے میں ہمیشہ سے

وقت چلی آرہی ہے کہ ایسے شخص کے لئے کب شادی کرنے میں کوئی خطرہ نہیں ہوتا جو آتشک کامریض رہ چکا ہو۔ واسرین کے کاشفہ کے استعمال کی ابتدا سے بھی یہ مشکل تہامہ رفع نہیں ہوئی، کیونکہ منفی نتیجہ پر کامل اعتماد نہیں کیا جاسکتا۔ صرف نصاباتِ علاج ہی کو مذکورہ بالا طریقہ پر مکمل طور پر سرانجام دینے سے یقین کے قریب قریب پہنچا جاسکتا ہے۔ اگر علاج کے باوجود مرض کے مظاہر رونما ہوں تو سیلاب کے علاج کے ایک مسلسل نصاب کا اور چھ ماہ تک جاری رکھنا مناسب ہوتا ہے۔ شادی کی اجازت دینے سے پیشتر علاج کے معینہ نصاب کے اختتام پر واسرین کے کاشفہ کا تکرار کرنا چاہئے۔ جس مرد کو آتشک ہو چکا ہو اسے اس وقت تک شادی نہ کرنا چاہئے جب تک وہ چار سال تک زیر مشاہدہ اور زیر علاج نہ رہے۔

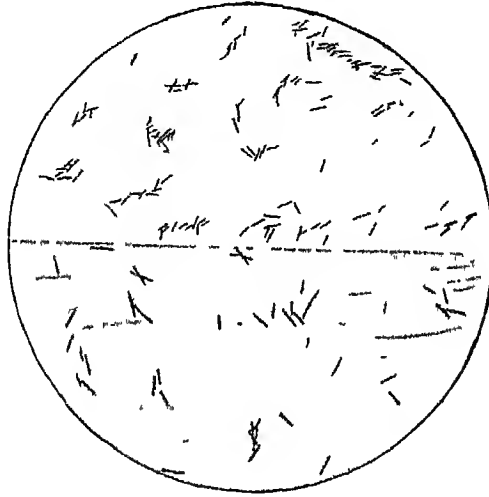
تناسلی اعضا کا تدرن

(TUBERCULOSIS OF THE GENERATIVE ORGANS)

عمومی امراضیات۔ جس عضو سے تدرن پیدا ہوتا ہے، اس کا انکشاف کاخ (Koch) نے ۱۸۸۲ء میں کیا تھا۔ یہ ایک نازک عصبہ ہے جس کا طول ۳ ملل ہوتا ہے۔ یہ مصلِ خون پر دبر میں اور چند خاص وسائل پر زیادہ جلد پیدا کیا جاسکتا ہے۔ تدرن کی تشخیص پیپ سے طیار کردہ قلموں میں عصبہ تدرن کے دریافت کرنے سے کی جاتی ہے (دیکھو شکل ۱۸۲)۔ اس عصبہ کے نوعی نوینی تناملات اور ان اختلافات کے لئے جو اس میں اور عصبہ لخن (smegma bacillus) میں ہیں، مطالعہ کنندہ کو جرثومیات کی کتابیں دیکھنا چاہئے۔

عصبہ تدرن سے پیدا شدہ ضرر اول اول لمفی مجاری کے درحلی خلیات کے تکاثر کی شکل میں ظاہر ہوتا ہے۔ اور اس طرح جو خلیات پیدا ہوتے ہیں وہ سرحلی خلیات کے ساتھ مشابہت رکھنے کی وجہ سے سرحلمہ نما (epithelioid) خلیات کہلاتے ہیں۔ سرحلمہ نما خلیہ میں نواتی تقسیم کے واقع ہونے سے عفرتی خلیہ (giant-cell) بن جاتا ہے جس کے نوات محیطی ہوتے ہیں۔ اس کثیر النوا یا خلیہ کے ارد گرد دیگر سرحلمہ نما خلیے ہم مرکز دائروں کی شکل میں مرتب ہو جاتے ہیں اور اس طرح نظامِ خلیات، عفرتی (giant-cell system) پیدا ہوتا ہے

جس کی تکمیل لمفی خلیات (lymphocytes) کے ایک بہت وسیع منطقہ سے ہو جاتی ہے۔ اس قسم کا نظام خالی آنکھ سے نظر نہیں آتا۔ لیکن جب اس طرح کے کئی ایک نظام آپس میں متحد ہو جاتے ہیں تو یہ زرد یا مدی گرہوں کی شکل کے دکھائی دیتے ہیں اور درلے (tubercles) کہلائے جاتے ہیں۔ تدرنی نظام خلیات عضرتی (tuberculous giant-cell system) ایک عظیم العروق اریجی سلحہ ہوتا ہے جس کا رجحان قنخر ہونے اور ثانوی سرانت کا محل بننے کی طرف



شکل ۱۸۲۔ عصیہ تدرن (Tubercle Bacillus) (ای۔ شا: E. Shaw)۔
اس عضو کا انکشاف کاخ (Koch) نے ۱۸۸۲ء میں کیا تھا۔ میدانِ خرد بین کے بالائی حصہ میں کثیر التعداد عصیات تدرن دکھائی دیتے ہیں جو کاشت سے حاصل کئے گئے ہیں۔ اس میدان کے حصہ زیرین میں ایک نم پر کے عصیات تدرن نظر آ رہے ہیں جو بساق (sputum) سے طیار کی گئی تھی۔

ہوتا ہے جو صادق ریخ زانقات سے واقع ہوتی ہے۔ انسانی موضوع میں تدرنی ضرر میں عصیات کی صرف ایک قلیل تعداد ہی موجود ہوتی ہے اور جو عصیات موجود ہوتے ہیں وہ اکثر بروں خلوی ہوتے ہیں مگر گاہے گاہے یہ عضرتی خلیہ کے باکسی مرحلہ نما خلیہ کے اندر بھی پائے جاتے ہیں۔ تدرنی بافت کو طبی محلول نمک میں پیسنے سے جو مستحلب طیار ہوتا ہے اس کا اشتراک اگر گنی پگ کے گھٹنے کے

جوڑ میں کر دیا جائے تو لمبی عدد کی صعودی سرائت واقع ہو جاتی ہے جس کے چند ہفتہ بعد عمومی تدرن پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ فعلیاتی امتحان دیر طلب ہے۔ لیکن تشخیص کے نقطہ نظر سے یہ سب سے زیادہ قابل اعتماد ہے۔ اغراض تشخیص کے لئے اس امر سے فائدہ اٹھایا جاتا ہے کہ جن بافتوں پر عصیہ تدرن کا حملہ ہوا ہو وہ ٹیوبرکلین (tuberculin) کے لئے بیش حساس ہوتی ہیں۔ کالج کی ”قدیم ٹیوبرکلین“ (Koch's "old tuberculin") نان پر کے (von Pirquet) یا مینٹو (Mantoux) (قدیم ٹیوبرکلین کی... میں اترتے اور مکعب سنٹی میٹر کی جلدی تطعیم اور کالیمٹ (Calmette) کی ملتحی تطعیم سے بطور کاشفات کام لیا جاتا ہے۔ اگر ٹیوبرکلین (tuberculin) کے زیر جلدی انشراب کے بعد خرتی درد (bearing-down pain) کا احساس ہو یا مہلی قبوں میں اہمیت محسوس ہو تو اس واقعہ سے یہ نتیجہ اخذ کیا جاسکتا ہے کہ حوض کا تدرن موجود ہے۔ لہذا درد کے لئے تشخیصی کاشفات مندرجہ ذیل ہیں۔ (۱) خرد بینی، (۲) علاجی، (۳) فعلیاتی۔ اگر نوعی عصیہ کا انکشاف خردین سے کر لیا جائے تو یہ وجود مرض کے لئے ایک قطعی ثبوت ہوتا ہے۔ ٹیوبرکلین (tuberculin) کا کاشف ہمیشہ قابل اعتماد نہیں ہوتا کیونکہ تدرن کی ضرر کے اچھا ہو جانے کے بعد بھی تعامل حاصل ہو سکتا ہے۔ فعلیاتی کاشف (گئی ٹیوں میں تطعیم کرنا) قطعی ہے۔

توانز۔ اینڈری رائیوز (Andre Rives) نے اعداد و شمار شائع کئے ہیں جن سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ ایسی عورتوں کے امتحانات میرت پر جن میں موت عمومی امراض سے واقع ہوئی ہو تناسلی تدرن انی صدی میں پایا جاتا ہے۔ جن عورتوں کی موت سل (phthisis) یا تدرن کے دیگر امراض سے واقع ہوتی ہے ان میں حوضی تدرن ۵ فی صدی میں موجود ہوتا ہے۔ یہ بیان کیا گیا ہے کہ التهاب انوبی کے جملہ اصابات میں سے ۱۰ فی صدی تدرن ہوتے ہیں۔ تناسلی تدرن سے اکثر اوقات کوئی نمیز علامات پیدا نہیں ہوتے، لہذا شک کی شکافی (laparotomy) کے دوران میں بعض اوقات تدرن پایا جاتا ہے جس کے متعلق پہلے کوئی گمان نہیں ہوتا۔

بسمت اسباب۔ تناسلی تدرن سن بلوغ سے قبل قلیل الوجود ہے اور انقطاع الطمث کے بعد شاذ و نادر ہی واقع ہوتا ہے۔ بیشتر اصابات میں مرض پندرہویں اور پینتیسویں سالوں کے درمیان دیکھنے میں آتا ہے۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ اعضائے تناسل کا ناقص تکون یا

ناقص نموان مریضوں میں دورنہ (tubercle) سے سرائت زدہ ہونے کی استعداد پیدا کرتا ہے۔ سرائت کے دیگر اقسام کے ساتھ دورنہ کا موجود ہونا اس امر کی طرف اشارہ کرتا ہے کہ سابق الوجود التهاب تدرنی مطروح کا محل متعین کر دیتا ہے۔ اور اسی طرح یہ بھی کہا جاتا ہے کہ نوبالیں (new growths) بھی تدرنی سرائت کی مساعادت کرتی ہیں۔ اس امر کا دعویٰ کیا گیا ہے کہ غلوپی نلی کے غدی عضلی سلعات (adenomyomata) اس میں تدرن سے سرائت زدہ ہونے کی استعداد پیدا کر دیتے ہیں مگر اس طرح واقعات کی ترتیب الٹ جاتی ہے۔ تدرنی ضروری سے ایسی حالت پیدا ہوتی ہے جو غدی عضلی سلعہ سے خلط ملط کی جا چکی ہے۔ (دیکھو شکل ۱۸۹، صفحہ 315)۔

سرائت کے طریقے۔ حوضی اعضا کی سرائت کے تین راستے تسلیم کئے گئے ہیں: یعنی صعودی راستہ، نزولی راستہ اور جوئے خون اور جوئے لطف۔

307

صعودی سرائت مخاطی سطحوں کے راستہ سے۔ مہبل، رحم اور غلوپی نلیوں کا اندر شادی شدہ عورتوں کی نسبت باکرہ عورتوں میں زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ اور یہ امر بعض لوگوں کے اس نظریہ کے خلاف ہے کہ عورتوں کے تناسلی تدرن کا عام سبب منوی سیال سے پیدا شدہ صعودی سرائت ہوتی ہے۔ گورووٹز (Gorovitz) نے گنی گوں کے رحم میں تدرنی مادہ کا اشراب کرنے سے مثبت نتائج حاصل کئے ہیں، لیکن جب سرائتی غصویہ محض مہبل ہی میں داخل کئے گئے تو نتائج منفی نکلے۔ یہ ممکن ہے کہ شاذ و نادر مثالوں میں تناسلی خطہ کی بلا واسطہ تطعیم مثانہ یا امعاء سے خارج شدہ تدرنی موادوں کے ذریعہ سے نیچے کی طرف سے ہو جاتی ہو، لیکن عام طور پر یہ کہا جاسکتا ہے کہ صعودی سرائت اگرچہ ممکن ہے لیکن یہ نہایت ہی نادر الوقوع ہوگی۔

نزولی سرائت۔ حیوانات پر تجربات کرنے سے یہ ثابت ہوا ہے کہ ذرات غریبہ کہفہ باریطون سے گذر کر مہبل میں آسکتے ہیں۔ اسی طرح باریطون یا ماساریقی غد کے تدرن کی حالتوں میں عصبیات تدرنی غلوپی نلیوں تک پہنچ سکتے ہیں، مگر مشاہدہ میں یہ آجکا کہ تناسلی تدرن میں غد مذکور شاذ و نادر ہی ماؤت ہوتے ہیں۔ جن اصابات میں عمومی باریطون اور حوضی احتشاء ساتھ ساتھ متاثر ہو جاتے ہیں ان میں اس امر کا فیصلہ کرنا مشکل ہوتا ہے کہ ان میں سے ابتدائی ماسکہ کونسا ہے۔ مگر اس امکان کو ضرور تسلیم کرنا چاہئے کہ تدرنی التهاب باریطون

نیلیوں کے مٹلیہ کے راستہ سے نزولی سرائت پیدا کر سکتا ہے۔

جوئے خون اور جوئے لطف کے راستہ سے سرائت۔ اکثر اباب سنداسب جوئے خون کو سرائت کا اہم ترین راستہ خیال کرتے ہیں۔ اس طریقہ سرائت کو کسی اصابت میں بھی خارج از بحث قرار نہیں دیا جاسکتا، اور حسی تدرن کے ان اصابت کی قابل اطمینان توجیہ جن میں ایک منفرد ضرر موجود ہوتا ہے اور کسی دوسری جگہ درنہ کے پائے جانے کی شہادت موجود نہیں ہوتی، صرف اسی طریقہ سے ہوتی ہے۔ مزید برآں ایسے منفرد ضررات اپنے عمل کے لحاظ سے بعض اوقات زخمی ہوتے ہیں اور غنائے مغالطی پر حملہ ہونے کی کوئی شہادت نہیں پائی جاتی۔ بہر کیف جسم کے کسی دیگر حصہ کے دیرینہ ابتدائی ماسکہ کو مستثنیٰ قرار دینا مشکل ہے، اس لئے قرین عقل شائد یہی ہوگا کہ اعضائے تناسل کے ابتدائی تدرن کو نادر الوقوع ہی سمجھا جائے۔

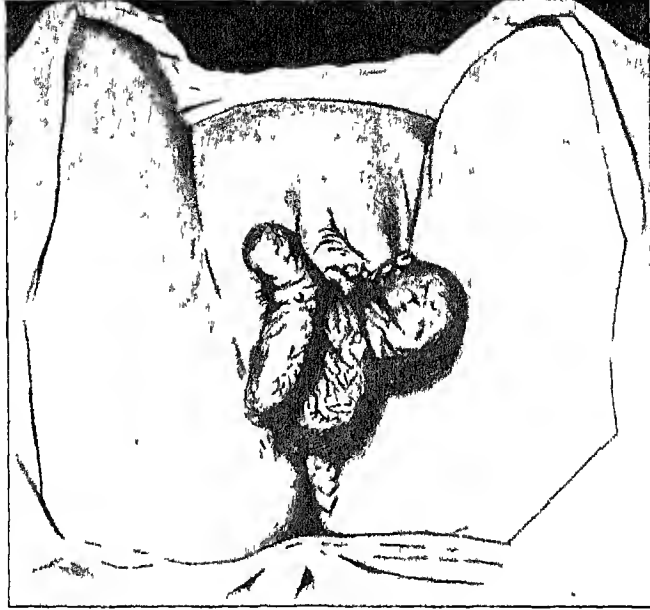
تقسیم۔ مرض کی کثرت وقوع کے لحاظ سے جس ترتیب سے احتشائے حوض منازر ہوتے ہیں وہ یہ ہے غلوپی لیاں، جسم رحم، بیضین، عنق، مہبل، اور فرج۔

انذار۔ اعضائے تناسل کے تدرن کے ساتھ ہی دیگر احتشائے تدرن مثلاً ریومی، غذائی، یا بولی تدرن کے پائے جانے سے انداز زیادہ تشویش ناک ہو جاتا ہے۔ عقم بالکلیہ پیدا ہو جاتا ہے، لیکن جب استغفار حل ہو جاتا ہے تو مادری انذار تشویش ناک ہوتا ہے۔ یہ بھی معلوم ہو چکا ہے کہ ولادت یا اسقاط کے بعد مادہ دخی تدرن (acute miliary tuberculosis) واقع ہو جاتا ہے۔ اگر تاسور (fistulae) بن جائیں تو یہ نہایت ہی دشوار علاج ہوتے ہیں۔ نسوانی اعضائے تناسل کے تدرن کا ممر بالعموم مزمن ہوتا ہے، اور انذار بہ حیثیت مجموعی خطر ناک ہوتا ہے۔

فرج کا تدرن۔ کلفورڈ وائیٹ (Clifford White) کا یہ بیان ہے کہ

تمام اصابت میں سے ایک چوتھائی میں یہ مرض بچوں میں پایا جاتا ہے۔ نوجوان عورتوں میں یہ بالعموم کسی دیگر ضرر کا تابع ہوتا ہے۔ اس کی دو بڑی قسمیں ہیں، یعنی نفیہ حمی (ulcerative) اور نکاشی (proliferative)۔ قبل الذکر زیادہ عام ہے۔ تدرنی فرج شفر تین کبیر یا شفر تین صغیر یہ پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ متعدد ہوتے ہیں اور ان کے قاعدے زردی مائل ہوتے ہیں، اور ان کی گوریں نتیجہ اور ارغوانی ہوتی ہیں۔ کئی ایک قرحوں کے اتصال سے ایک دہی فرجہ (serpiginous sore) پیدا ہو جاتا ہے جس کے ایک حصہ میں

اندھال کے امارات دکھائی دیتے ہیں اور دوسرے حصوں میں یہ بڑھتا ہوا نظر آتا ہے۔ کوروں پر کا سر حلقہ کپوٹا (sodden) اور مرتفع ہوتا ہے۔ یہ ضرر چھوٹے پرالیم ہوتا ہے۔ فرجی قرعہ سے جوف نکل کر ہم پہلو اتصالی بانٹوں میں چلے جاتے ہیں جو ہمیشہ نتیجہ رہتی ہیں۔ ارنی غدہ صرف مرض کے آخری مدارج میں متاثر ہوتے ہیں۔ بعض اوقات فرج کے تدرنی تقرح میں شفرین کی پیش پردہ



شکل ۱۸۳۔ یہ تصویر فرج کے تدرن کی تکاثری (proliferative) قسم کو ظاہر کرتی ہے (بندر: Bender)۔ شفرین پیش پردہ میں اور یہ حالت داء الفیل کے مشابہ ہے۔

پائی جاتی ہے جو کبھی کبھی اس غایت درجہ کی ہوتی ہے کہ داء الفیل کے مشابہ ہوتی ہے۔ تکاثری قسم کا ذکر بندر (Bender) نے کیا ہے۔ یہ نادر الوقوع ہے اور اس میں دونوں لب ماؤف پائے جاتے ہیں اور فرج باقاعدہ طور پر پیش پردہ ہو جاتی ہے جیسا کہ داء الفیل میں دیکھنے میں آتی ہے (دیکھو شکل ۱۸۳)۔ یہ قسم زیادہ تر نوجوان عورتوں کو عارض ہوتی ہے اور اکثر عملیہ کے بعد بھی عود کرتی ہے۔ خرد بین سے امتحان کرنے پر زیر سر حلی بانٹوں کا نتیجہ اور گول غلیوں کی

دریزش دکھائی دیتی ہے۔ چونکہ منطلقہ بافتوں کی جسامت بہت بڑھ جاتی ہے اس لئے عسریتی خلیوں کے نظام زیادہ نہیں ہوتے اور ان کو تلاش کرنا مشکل ہوتا ہے۔

علامات۔ درم فرج، درد خیز نزول، اور حکۃ الفرج خاص علامات ہیں۔ مومن الذکر علامت صرف بعض اصابات ہی میں پائی جاتی ہے۔ تقریبی ضرر میں کسی قدر مواد موجود ہوتا ہے اور انداب (cicatrization) سے مبال میں ضیق (stenosis) پیدا ہو جاتا ہے۔

انذار۔ بچوں میں یہ مرض سرعت سے ترقی کرتا ہے، اور درنہ کا انتشار ابتدائی مدارج ہی میں ہو جاتا ہے۔ بالغوں میں اس کی ترقی آہستہ ہوتی ہے لیکن اگر سل موجود ہو تو انذار خطرناک ہوتا ہے۔ تقریبی اصابات کی نسبت کثافتی اصابات میں انذار زیادہ موافق ہوتا ہے۔

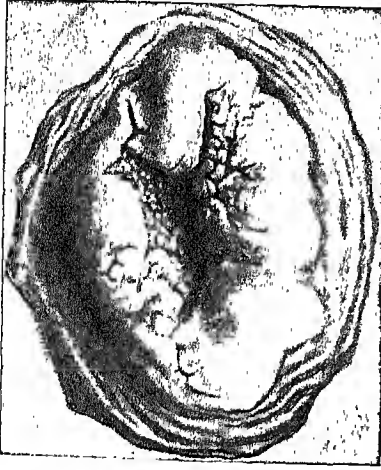
علاج۔ اگر مریضہ کی عمومی حالت عمومی معدوم حس کے استنمال کی اجازت دیتی ہو تو آزادی سے استیصال کر دینا چاہئے۔ اور اگر ایسا نہ ہو سکے تو لاشعاعوں کا استعمال کرنا چاہئے اور قرحوں پر لیکٹک ایسڈ (lactic acid) کا طلا کیا جائے۔ جو قرحوں کی پرکسائیڈ آف ہائیڈروجن (peroxide of hydrogen) (ہتجم) سے آبیاری کرنا چاہئے۔

مہیل کا تندرین۔ مہیل کا تندرین قلیل الوقوع ہے۔ یہ ابتدائی ضرر کی شکل میں نشا و نادر ہی نمودار ہوتا ہے، اور تدریجی التهاب عنق کے ساتھ عام طور پر دیکھا جاتا ہے۔ اسکی دو قسمیں بیان کی گئی ہیں۔ دخی (miliary) اور قرحی۔ قرحوں کے عام ترین محل مونز قرحہ اور مولج مہیل کے وہ حصے ہیں جو سامنے کی طرف منفذ بول اور پیچھے کی طرف عجان کے قرب میں واقع ہیں۔

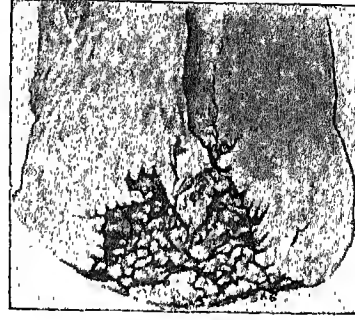
علامات۔ جو علامات تدریجی التهاب مہیل میں پائے جاتے ہیں وہ سیلان بقی خون آلود مواد، عسر البول (dysuria) اور حکۃ الفرج (pruritis vulvae) ہیں۔

تشخیص اور علاج۔ منقول (neglected) فرجہ سے پیدا شدہ عفونی قرحہ سرطانی سلمہ، اور زہراوی ضررات سے اس ضرر کا تمیز کرنا ضروری ہے۔ صحیح تشخیص کرنے میں اغوائی نتیجہ اربکات پر جو قرحوں کی کوروں پر نظر آتے ہیں، اور تدرین کے علامات پر جو ساتھ ہی جسم کے دیگر حصوں میں موجود ہوں، بطور مداخلت تشخیص اعتماد کیا جاسکتا ہے۔ علاج اگر ممکن ہو سکے تو استیصال ہے، لیکن اگر مریضہ اس قدر بیمار ہو کہ علاج کے اصولی تدابیر کی

متعلق نہ ہو سکے تو نطول اور شعاعی علاج (radio-therapy) سے کام لیا جاسکتا ہے۔
عنق کا تدرن۔ بقول کلنورڈ وائیٹ (Clifford White) زمانہ اعضائے تناسل
 کے تدرن کے تقریباً فی صدی اصابات میں عنق ماؤف ہوتی ہے۔ ایسا منفرد ضرر جو محض عنق پر
 ہی اثر انداز ہونا درالوقوع ہے، کیونکہ عنق بالعموم قلوبی نلیوں یا جسم رحم سے پیدا شدہ نزولی سرطان
 سے ثانوی طور پر ماؤف ہوتی ہے۔ سریری طور پر اس کے دواقتام تسلیم کئے گئے ہیں، تقری



شکل ۱۸۵ ابتدائی تدرنی التہائیت
 کی تقریبتسم کو ظاہر کرتی ہے (کلنورڈ
 وائیٹ)۔

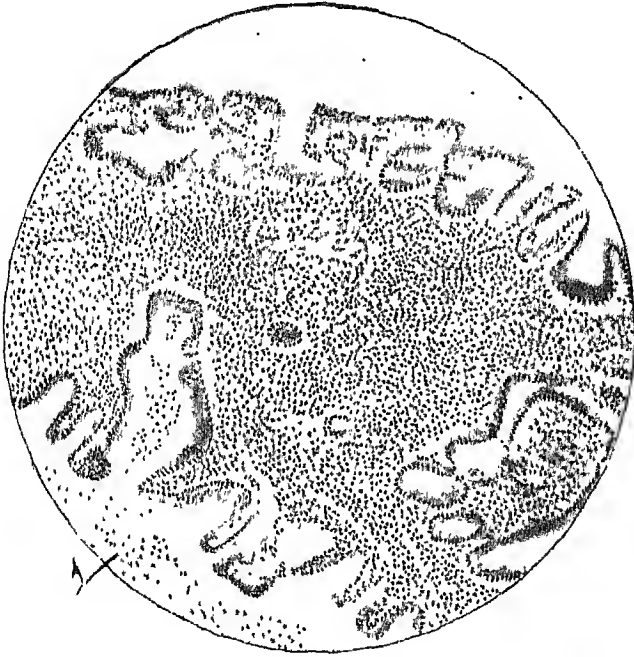


شکل ۱۸۴ تناسل عنق کے ابتدائی
 تدرنی تقریح کو ظاہر کرتی ہے (کلنورڈ
 وائیٹ: Clifford White)۔ جو
 عنق شکل ۱۸۵ میں دکھائی گئی ہے
 اسکی تنصیف کر دی گئی ہے۔

اور نگاشتری۔ ان میں سے قبل الذکر زیادہ کثیرالوقوع ہے۔ یہ مرض بعض اوقات پہلی حصہ
 (portio vaginalis) یا تناسل تک ہی محدود ہوتا ہے، لیکن عام طور پر دونوں بیک وقت
 متاثر ہو جاتے ہیں (دیکھو شکل ۱۸۴ و ۱۸۵)۔ قرحے فم خارجی کے قرب وجوار میں واقع ہوتے ہیں
 اور واحد یا متعدد ہوتے ہیں۔ ان کے خاکے دیہی ہوتے ہیں اور انکی کوریں تیز اور قاعدہ زردیائل

ہوتا ہے۔ کٹاوتری قسم باریک باریک اور موٹے موٹے جلیبی زائیدوں کی شکل میں ظاہر ہوتی ہے جو فم خارجی کے ارد گرد اور عنق کے مہلی حصہ کے منسلک حصوں پر پائے جاتے ہیں جن کی وجہ سے یہ حصے تاریک سرخ دکھائی دیتے ہیں۔ یہ مناظر عنق کے سادہ غدی سلعہ کے مشابہ دکھائی دیتے ہیں جو ایک نادر الوقوع مرض ہے (دیکھو صفحہ 445)۔ یہ برون بالیدیں بعض اوقات قنال عنق کو

310



شکل ۱۸۶۔ عنق رحم کا تذرن۔ عفریتی جلیبوں کے نظامات دکھائی دیتے ہیں۔ ۱۔ مصلی ارتشاح اور گول جلیبوں سے پُر غدہ۔ شکل کے سب سے اوپر کے حصہ میں ایک غدہ میں بعد تکوین (metaplasia) دکھائی دیتی ہے۔

مسدود کردیتی ہیں اور اس طرح تقيع الرحم (pyometra) پیدا ہو جاتا ہے۔ تذرن عنق کی اس قسم میں بھی تقرح موجود ہوتا ہے جو تذرنی مراکز کی شکست سے پیدا ہوتا ہے۔ غدہ عنق پیش پروردہ ہو جاتے ہیں اور ان کے دروئے مصلی ارتشاح اور گول جلیبوں سے پُر ہو جاتے ہیں۔ غدوں کے سرملہ کی بعد تکوین (metaplasia) اکثر اوقات نمایاں ہوتی ہے، اور

فلسانی خلیوں والے سرطانی سلعہ (squamous-celled epithelioma) کے مشابہ دکھائی دیتی ہے جو بعض اصابات میں فی الحقیقت عنق کے تدرن کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ غروں کے ارد گرد کی درختیتہ عنقی بانٹوں میں عفرتی خلیوں کے نکلات موجود ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۱۸۶)۔

امارات و علامات۔ تقریبی قسم کو سر بری طور پر اکثر اوقات غلطی سے سلطان تصور کیا جاتا ہے، اور مخر الذکر محض بذریعہ خوردبین امتحان کرنے پر حسب الطینان خارج آؤ قرار دیا جاسکتا ہے۔ سیلان ابض بھی موجود ہوتا ہے جو بعض اوقات خون آلود ہوتا ہے۔ درد نہیں ہوتا اور اگر ہو تو بہت کم ہوتا ہے۔ ارتقاع پیش موجود نہیں ہوتا، اور مریضہ کی عمومی حالت اچھی رہتی ہے بشرطیکہ کسی دوسری جگہ پر تدرن موجود نہ ہو۔ نکاتری قسم کا منظر کا ذب غدی سلعہ (pseudo-adenoma) (نماغل: erosion) (دیکھو صفحہ ۱۸، صفحہ 428) سے مشابہت رکھتا ہے، لیکن یہ نرم، خستہ اور کثیر العروق ہوتا ہے، اور اسکے ارد گرد کوئی درز موجود نہیں ہوتی۔ تدرن زدہ عنق کے متعلق یہ بیان کیا گیا ہے کہ ”یہ سرطان کی طرح دکھائی دیتی ہے اور التهاب عنق کی طرح محسوس ہوتی ہے“۔ سر بری طور پر عنق کے تدرنی قرصہ کو زہری قرصہ سے تمیز کرنا مشکل ہوتا ہے، لہذا خوردبینی امتحان اور واسرٹن کے کاشفہ کی طرف ضرور رجوع کرنا چاہئے۔ منفرد عنقی ضرب میں انداز اچھا ہوتا ہے، لیکن اگر جسم کے دیگر حصص میں تدرن موجود ہو تو انداز خراب ہو جاتا ہے۔

علاج یہ ہے کہ عنق کا بلند مقام پر سے بنز کر دیا جائے، لیکن اگر متری سل موجود ہو تو کوئی عملیتی علاج نہ کرنا چاہئے۔

جسم رحم کا تدرن۔ جسم رحم کا تدرن عام طور پر تدرنی التهاب انوبہ سے ثانوی طور پر پیدا ہوتا ہے، لیکن ابتدائی رجی سرائٹ کے اصابات بھی درج کئے جا چکے ہیں۔ یہ مرض زمانہ نشیر خوارگی سے بیکور سن یا سن تک کی عمر کے تمام حصوں میں واقع ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ تدرن عنق کے ساتھ بھی پایا جاتا ہے۔ تدرن رحم کے تمام اصابات میں سے ایکلی عنق ۲ فی صدی میں، اور ایکلا جسم رحم ۸۵ فی صدی میں ماؤف ہوتا ہے (سی۔ ویٹ C. White)، اور بقیہ اصابات میں دونوں ماؤف ہوتے ہیں۔ اس مرض کا عام ترین محل قرن کا قرب و جوار ہے۔ دوران حمل میں یہ بالخصوص محل مشیمہ پر حملہ کرتا ہے۔

حالی ہی میں ہمارے مشاہدہ میں رحم کی حاد دخی ندرنی سرائت کی ایک عجیب و غریب مثال آئی ہے۔ یہ ایک فوجوان عورت تھی جو زمانہ نفاس میں ندرنی عفونت الدم (tuberculous septicæmia) سے فوت ہو گئی۔ اس مریضہ کا بچہ پیدائش کے چودہ دن بعد ندرنی التهاب سہایا (tubercular meningitis) سے مر گیا۔

اقسام (۱) دخی (miliary) قسم جو بلا تفریح ہوتی ہے، (۲) مزمن انتیشاری یا جینی (caseous) قسم، (۳) مزمن لیفیٹی (chronic fibroid) قسم۔ دوسری قسم سریری طور پر بالعموم دیکھنے میں آتی ہے۔ جسم رحم کا حاد دخی ندرن محض قریب الموت عورتوں میں پایا جاتا ہے جیسا کہ مذکورہ بالا اصابہ کے متعلق بیان کیا جا چکا ہے۔ اور تیسری یعنی لیفیٹی قسم بہت نادر الوقوع ہے۔ مزمن انتیشاری قسم ندرنی دروں جی التهاب (tuberculous endometritis) کے نام سے موسوم ہے، لیکن مرض کا حملہ محافظہ تک ہی محدود نہیں رہتا، بلکہ یہ ماتحت عضلی بافت میں بھی پھیل جاتا ہے۔ خردین سے جو شہادت سب سے پہلے حاصل ہوتی ہے وہ چھوٹے چھوٹے زردی مائل رقبوں کا وجود ہے جو مخاطیہ میں کسی ایک قرن کے نزدیک، یعنی فلوپی نلیوں کے داخل ہونے کے مقام کے پاس پائے جاتے ہیں (کن: Cullen)۔ سلی سر حملہ اول اول صبح و سالم رہتا ہے، غد کلاں ہو جاتے ہیں، اور ان کے سر حملہ میں نکات واقع ہو جاتا ہے۔ نیز بین غدی بافت چھوٹے گول غلیوں سے دربیختہ ہو جاتی ہے، اور اس میں عفونتی غلیات کے لطافات پیدا ہو جاتے ہیں۔ جینی اریکات (caseous granulations) سے گاہے گاہے تنال عنق مسدود ہو جاتی ہے، اور نتیجہ الرحم (pyometra) پیدا ہو جاتا ہے۔ ہم نے فلوپی نلیوں سے لیکر رحم کے عضلی نظام تک ایک ندرنی سرائت کا سراغ لگا یا ہے۔ اس میں دروں رحم سرائت زدہ نہیں تھا اور سرائت گرد عرقی عروق لطف کے ساتھ ساتھ پھیلی تھی جیسا کہ سرطان میں ہوتا ہے۔ اس قسم کے مشاہدہ سے جسم رحم میں ارضکی ندرنی خراجوں کے واقع ہونے کی توجیہ ہوتی ہے۔

دروں رحم کا درنہ اور سرطان بعض اوقات بیک وقت پائے جاتے ہیں، اور یہ خیال کیا جاتا ہے کہ وہ نابال بعد نکون (metaplasia) جو درنہ سے سرائت زدہ غشائے مخاطی کے غد میں پائی جاتی ہے کئی ایک مثالوں میں خبیث عمل کا مبداء بن سکتی ہے۔ بلینڈ سٹن (Bland Sutton) اور دوسروں نے ندرن کے ساتھ منتشر جی دروں خبیث

(diffuse uterine endometriosis) کا مشاہدہ کیا ہے۔

علامات - یہ میسر نہیں ہوتے۔ سیلان امین اور کثرت طمث بعض اوقات موجود ہوتے ہیں، اور بعد میں بے طمثیت رونما ہو جاتی ہے جو دروں رحمہ کی تباہی یا قلع رحم کی پیدائش کا نتیجہ ہوتی ہے۔ درجب کبھی موجود ہوتا ہے تو کسی پیچیدگی، مثلاً التهاب انبوہ یا قلع الرحم سے پیدا ہوتا ہے۔ عقم بالکلیہ پیدا ہو جاتا ہے۔

تشخیص اور علاج - اگرچہ کوئی امتیازی علامات موجود نہیں ہوتے لیکن طبیعی امتحان کرنے پر رحم کلائی یافتہ پایا جاتا ہے، اور اس کے ساتھ بالعموم انبوہی ورم یا اورام بھی موجود ہوتے ہیں۔ مجروحات (curettings) کا امتحان کرنے سے بعض اوقات عسری خلیات کے نظامات کا انکشاف کیا جاسکتا ہے۔ مرض کی مترقی حالتوں میں بعض اوقات جینی مادہ خارج کیا جاسکتا ہے۔

علاج - اگر درنہ کا انکشاف محض تشخیصی جرت سے ہوا ہو اور اس کے علاوہ درنہ کی کوئی دوسری شہادت موجود نہ ہو تو جراحی علاج کے طور پر اور کچھ نہ کرنا چاہئے۔ مریضہ کی باجیبا نگہداشت کرنا چاہئے، اور عمومی اصولوں پر علاج کرنا چاہئے۔ اگر دیگر حوضی ضررات موجود ہوں تو شکم کو کھول کر سرائت زدہ بافتوں کو دور کر دیا جاتا ہے۔ یہ یاد رہے کہ نسوانی اعضائے تناسل کے تذرن کی حالت میں جراحی مداخلت کرنے سے کئی اصابت میں حادثہ سرائت پیدا ہو چکی ہے۔

312

میضین کا تذرنی مرض - میضین غلویلیوں یا باریطون سے ثانوی طور پر ماؤف ہو سکتے ہیں۔ ان میں سے ہر ایک حالت میں گرد میضی التهاب (peri-oöphoritis) بالعموم پایا جاتا ہے، لیکن شاید قشرہ کی کثافت کی وجہ سے میضی ہیکل کی سرائت نسبتہ نادر الوقوع ہے۔ یہ ایک بہت مشتبہ امر ہے کہ آیا رنجی تذرنی التهاب میضین کبھی ابتدائی طور پر بھی واقع ہوتا ہے یا نہیں، مگر فان فرینکے (von Franke) نے ایک میضین سرائت کے متعلق یہ سراغ لگایا ہے کہ یہ محراب مہبل کی کسی خراش سے پیدا ہوئی تھی (آیوانو کے مشاہدات سے مقابلہ کرو صفحہ 272)۔ شوٹ لینڈر (Schöttlander) کا یہ بیان ہے کہ دختی درنہ بظاہر تندرست میضین میں بھی پائے جاسکتے ہیں۔ اور سترنفری (Sitzenfrey) کا یہ دعویٰ ہے کہ اس نے رلوی اور حوضی تذرن کی ایک مریضہ میں انسانی

بیض کے بیضوں میں عصبیات تدرن کے وجود کا مظاہرہ کیلا ہے۔

ایسی چند منفرد مثالوں کے علاوہ جن میں سرائٹ براستہ عروق ملف واقع ہوتی ہے دوسری حالتوں کے متعلق یہ کہا جاسکتا ہے کہ تدرنی التهاب بیض سریری طور پر باریطون اور فلوپی ٹیوں کی سرائٹ کے ساتھ وابستہ ہے اور دوؤں میں بیض بالعموم ماؤٹ ہوتے ہیں۔

مرض کے ابتدائی اور جب میں دشمنی ورنے قشرہ کی انصالی بافت میں پائے جاتے ہیں اور گرائی جرابوں کا منظر بعض اوقات بالکل طبعی ہوتا ہے خواہ وہ التهابی ارتشاح ہی سے کیوں نہ گھبرے ہوئے ہوں۔ بعد ازاں تجمین (caseation) شروع ہو جاتا ہے، غذائی بافت نیاہ ہو جاتی ہے، اور بیض کلاں ہو جاتا ہے، اور انجام کار یہ ایک خراجی تاجہ نیاہ ہے۔ تدرنی التهاب بیض بعض اوقات رفع ہو جاتا ہے اور بیض میں لیضیت کی ایک حالت باقی رہ جاتی ہے۔ اس کے علامات اور طبعی امارات تدرنی التهاب انبوہ کے علامات و امارات کے مشابہ ہوتے ہیں۔

فلوپی ٹیوں کا تدرن - زنانہ اعضائے تناسل کے جملہ ضررات میں سے عام ترین ضرر بھی ہے۔ اور اس کی وجہ یہ ہے کہ ان ٹیوں کی بناوٹ اور وضع ایسی ہے کہ ان سے ہر ایک سرائٹی مادہ کے رکود کی مساعت ہوتی ہے (دیکھو التهاب انبوہ صغیہ 629)۔ لہذا نسوانی اعضائے تناسل کے تدرن کے ۸۵ فی صدی مرلیضوں میں تدرنی التهاب انبوہ موجود ہوتا ہے۔

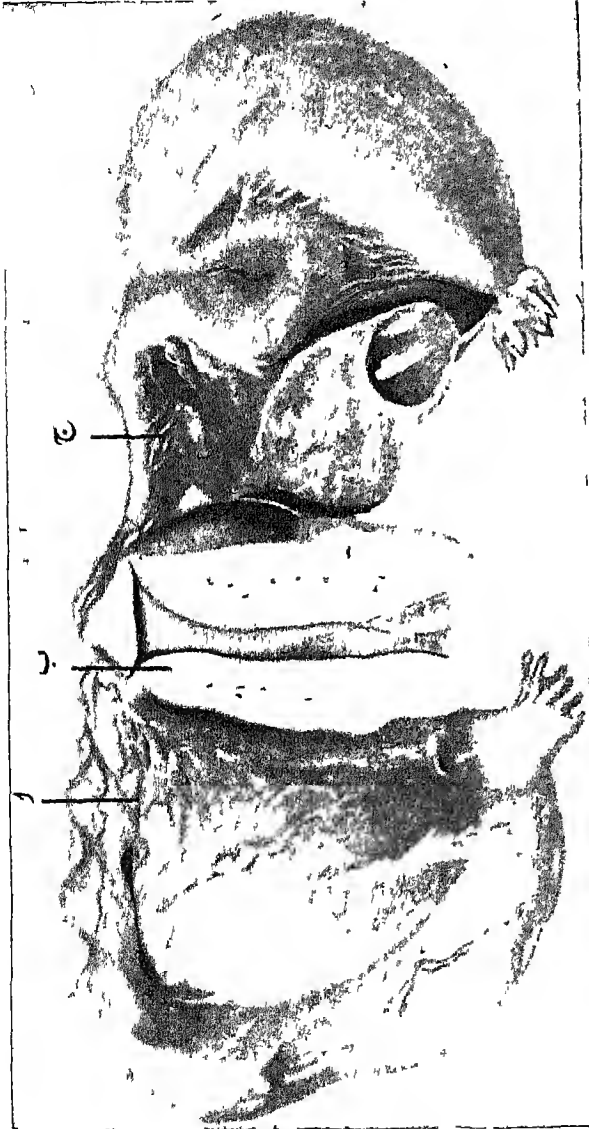
کثرت وقوع - کلفورڈ واٹ (Clifford White) کے مطابق مناسب تحقیقات سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ ان تمام ٹیوں میں سے جو التهابی مرض کے لئے دور کی جاتی ہیں ۱۰ فی صدی میں پرانے یا حالیہ تدرنی ضررات موجود ہوتے ہیں اس مرض کے اصباہات زیادہ کثرت سے پندرہ اور پینتیس سال کی عمر کے درمیان پائے جاتے ہیں۔

امراضیاتی تشریح - ٹیوں بالعموم کلائی یافتہ اور پیچ دار ہوتی ہیں۔ بعض وقتا کربھی و بازتیں بھی پائی جاتی ہیں جو خاص طور پر ننگنائے کے قریب ہوتی ہیں جھالردار سرابض اوقات منفع ہوتا ہے، اور کبھی کبھی فراخ بھی پایا جاتا ہے۔ جب یہ بند ہوتا ہے تو جھالریں قاعدہ اندر کی طرف بھی ہوئی نہیں ہوتیں بلکہ دکھائی دیتی ہیں (شکل ۱۸۷)۔ تدرنی التهاب انبوہ کے تین اقسام تسلیم کئے گئے ہیں۔ (۱) گردانوبی التهاب

(perisalpingitis) (ب) دروں انبوی التهاب (endosalpingitis) (ج) رخی التهاب انبوبہ (interstitial salpingitis)۔ یہ تینوں قسمیں اکثر اکٹھی بھی واقع ہوتی ہیں۔ قسم (ا) میں نلی کے اوپر کے باریطون میں درنے پائے جاتے ہیں۔ (ب) میں ثنیاں متورم اور در رخیجہ ہوتے ہیں اور ان کے سرے سرخلم سے معرا ہو کر جڑ جاتے ہیں اور اس طرح کاذب دوبرے بن جاتے ہیں (کاذب جرابی التهاب انبوبہ salpingitis pseudofollicularis: سرخلم میں بعد تکوین (metaplasia) اور قرینیت (karatinization) بھی واقع ہو سکتی ہے۔ اور نکاتر سے ستونی خلیوں کی واحدتہ کی بجائے بے قاعدہ شکل والے خلیوں کی کئی ایک تہیں بن جاتی ہیں۔ بعض اصابات میں یہ تغیرات اس قدر نمایاں ہوتے ہیں کہ یہ خباثت سے مشابہ ہوتے ہیں۔ دیگر اصابات میں سرخلم بالکل تباہ ہو جاتا ہے اور نلی کا دروتہ جینی فواصل سے پر ہو جاتا ہے۔ دروں انبوی التهاب کی ایک قسم کربچی التهاب انبوبہ (nodular salpingitis) ہے جس میں سرخلم عضلیہ میں کافی گہرائفوذ کر جاتا ہے اور یہاں اس میں غدی سلمی نکاتر پیدا ہو جاتا ہے۔ نیز عضلہ اور انفصالی بافت دونوں میں بیشین تکون (hyperplasia) واقع ہو جاتا ہے جس سے دروں رجیت (endometriosis) کے ساتھ ایک نسجیاتی مشابہت پیدا ہو جاتی ہے (دیکھو شکل ۱۸۸ اور ۱۸۹)۔ سرخلم کا یہ تجاوز سرخلمی دگر مفت می (epithelial heterotopy) یا سرخلمی غیر وضعیت (epithelial displacement) کے نام سے موسوم ہے صرف تدرنی ضررات ہی کے لئے مخصوص نہیں بلکہ یہ نلیوں کی مزمن سوزاکی اور عضونتی سرائتوں میں بھی پایا جاتا ہے اگرچہ زیادہ نمایاں نہیں ہوتا۔ کربچی تدرنی التهاب انبوبہ میں بعض اوقات کربچوں میں نکلس واقع ہو جاتا ہے۔ (ج) میں عفونتی خلیوں کے نظامات یا جینی مراکز عضلی دیوار میں پائے جاتے ہیں۔ یہ رخی قسم دسوی یا لٹنی سرائ سے پیدا ہوتی ہے۔

ابتدائی مدارج میں بحجرت نظر امتحان کرنے سے یہ معلوم کرنا ناممکن ہے کہ التهاب انبوبہ کا کوئی اصابہ تدرنی ہے لیکن اگر نلی تنگنائے پر موٹی ہو گئی ہو اور اس کا شکلی دہشہ منفتح ہو تو اس سے یہ پتہ چلتا ہے کہ تدرن موجود ہے (دیکھو شکل ۱۸۷)۔ جن اصابات میں باریطونی سرائت موجود ہوتی ہے ان میں مصلی سطح پر دختی درنہ (miliary tubercles)

دیکھے جاسکتے ہیں، اور ان کا سراغ اکثر سخت مصلیٰ طبقہ تک لگایا جاسکتا ہے۔ سرائت کا زیادہ تر



شکل ۱۰۰۔ دو جانبی ناریونی تھیم (Double Tuberculous Pyosalpinx) (Nodular Salpingitis) کے کوئی لٹریچر (Nodular Salpingitis) کے کوئی لٹریچر

ل اور ج الہ تفاوت کو ظاہر کرتے ہیں، اور یہ دونوں تھیموں میں تدریجی ماسکات کا وجود ظاہر کرنے کے لئے تراشیں لائی گئیں۔ جو تراش اب لائی گئی تھی اس سے یہ ظاہر ہوا تھا کہ درز کے ماسکات لٹی کے خلیے حصہ سے نیکرو عذرم تک پھیلے ہوئے تھے۔

اثر السموم نلی کے انتفاخی اور رچی سروں پر پڑتا ہے۔ جب بھالریں ایک دوسرے سے چپک جاتی ہیں تو انتفاخی میں ناریونی اجلیج ریم (pyosalpinx) پھیلدا ہو جاتا ہے، اور ایسا

جلد اصابات کی ایک تہائی میں ہوتا ہے۔ اس کے شمولات عظیم اور امانت یافتہ مبینی مادہ پر مشتمل ہوتے ہیں اور اصلی پیپ صرف نفاوی سرایت ہی کے اصابات میں پائی جاتی ہے۔ نلی کے خراج بارڈ (cold abscess) کی اصطلاح اس بڑے تدریجی انجیونی اجتناع ریم کیلئے استعمال کی جاتی ہے جس کی



شکل ۱۸۸۔ کریچی التهاب انجیونی (Nodular Salpingitis) (تنگھانی کریچی
التهاب انجیونی: Salpingitis isthmica nodosa) جو دروں رحمت کے
مشابہ ہے (خان فریڈک: von Franque)۔ نلی کے باریطونی طبقہ
کا حد۔

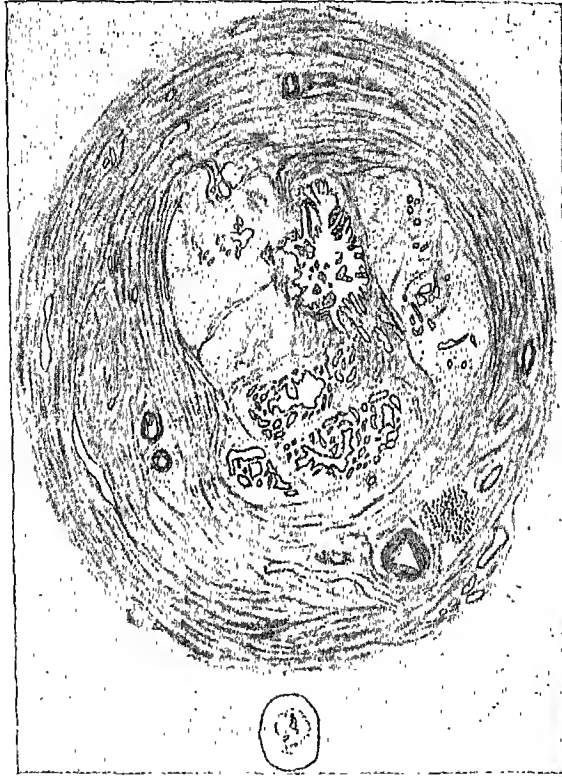
دیواریں تنگی ہوں۔ یہ خفیف قسم کی سرایت کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اس قسم کا خراج بعض اوقات
بیضی دوبرہ سے بہت مشابہ ہوتا ہے اور اس کے حاصر باریطون کا منظر بالعموم لمبی ہوتا ہے۔

بعض اصابات میں تدریجی مواد سے پر نلیاں کبھی کبھی اسطوائی اور ارم کی شکل اختیار کر لیتی ہیں (ویکیو شکل ۱۹۰)۔ تدریجی التهاب انوبہ کی متفرق حالتوں میں ملی گئے انضمامات کے ذریعہ سے اپنی ہم پہلو ساختوں سے چپک جاتی ہے اور ناسوری راستے بعض اوقات مبین یا امعاء یا مثانہ کے اندر تک چلے جاتے ہیں۔ شاذ حالتوں میں ایسا بھی ہوتا ہے کہ ماساریجی عدد کلانی یافتہ ہو جاتے ہیں۔

سریرجی خصائص۔ بعض اوقات ایسے علامات جو نلی سے منسوب کئے جاسکیں بالکل غائب ہوتے ہیں اور مرض کی ذہنی قسم میں خاص طور پر ایسا ہوتا ہے۔ بخلاف اس کے اگر تدریجی خراج میں نالوی سرایت واقع ہو جائے تو علامات بہت شدید ہوتے ہیں۔ سرجن کئی مرتبہ انوبہ بیضی تودہ کو تدریجی یا کرختی سرہ جاتا ہے اور یہ اس کا ایک عام تجربہ ہے۔ اور وائٹ ریج ولیمس (Whiteridge Williams) کے جملہ غیر مشتبہ تدریجی (unsuspected tuberculosis) کا اطلاق کئی ایک اصابات پر ہوتا ہے۔ بعض اوقات عمومی صحت خراب ہو جاتی ہے اور وزن کم ہو جاتا ہے۔ اور کبھی کبھی مستمر حرقی یا قطنی درد پایا جاتا ہے جس میں گرد انوبہ التهاب کی وجہ سے اشتدادات واقع ہوتے ہیں۔ شدید درجی بیض یا وجہ بیض (menorrhagia) بھی گاہے گاہے موجود ہوتا ہے اور بے قاعدگی طمث یا قلت طمث (oligomenorrhoea) بھی پائی جاتی ہے کبھی کبھی اور علامات بھی موجود ہوتے ہیں جو دروں رجمی التهاب کی طرف اشارہ کرتے ہیں مثلاً سیلان بیض۔ آخر میں یہ کہا جاسکتا ہے کہ بعض حالتوں میں استسقاء سے کلانی شکم واقع ہو جاتی ہے۔ ابتدا بالعموم غیر محسوس طور پر ہوتی ہے اور مرض آہستہ آہستہ ترقی کرنا ہے۔

طبیعی امارات۔ استسقاء کبھی موجود ہوتا ہے اور کبھی نہیں۔ نلی کی تنگنائی کی کریمجی دباؤت تدریجی کی طرف اشارہ کرتی ہے۔ ان خصائص کی عدم موجودگی میں ایسے اور کوئی امتیازی امارات نہیں ہیں جو التهاب انوبہ کے تدریجی ہونے پر دلالت کریں۔ تشخیص۔ اگر کسی باکرہ عورت میں جس میں التهاب زائدہ کی کوئی روئداد نہ پائی جاتی ہو دو جانبی التهاب انوبہ موجود ہو تو درنہ کو اس تکلیف کا اغلب سبب تصور کیا جاسکتا ہے۔ شبانہ ارتفاع پیش یا سائل کے بین امارات سے اس شبہ کو تقویت پہنچتی ہے۔ رستہ ہو بیضی دورہ سے جس کے ساتھ استسقاء بھی موجود ہو ایسے طبیعی امارات پیدا ہو جاتے ہیں

جو تدرنی التهاب انبوبہ معہ استسقاء کے امارات کے مشابہہ ہوتے ہیں۔
علاج۔ جن اصابت میں انبوبی یا انبوبی بیضی ضرر مرض کا اہم ترین مرکز ہوتا ہے



شکل ۱۸۹۔ کڑچی التهاب انبوبہ (Nodular Salpingitis) (ننگلانی کیری)
التهاب انبوبہ: (Salpingitis isthmica nodosa) کی خردبینی تراشش۔
اس تراش میں عضلیہ میں غذائی جراثیم دکھائی دیتے ہیں (جراثیمی التهاب انبوبہ
salpingitis follicularis)۔ ورنہ نژادہ خاکہ سے ملی کی یقینی جسامت ظاہر ہوتی
ہے۔ اس تراش میں تدرنی نفی مات اعلی طاق سے دکھائی دیتے تھے
(دیکھو شکل ۱۸۰، صفحہ ۵۱۰)۔

ان میں عملیہ شکم شکافی سے ماؤف اعضاء کو دور کیا جاسکتا ہے۔ مرض کی مترقی حالتوں میں رحم اور متقیق نلیوں کو بھی الگ کیا جاسکتا ہے، لیکن یہ عملیہ اکثر مشکل ہوتا ہے اور اس لحاظ سے خطرناک ہوتا ہے اور مرض کو جوئے خوں کے راستہ سے منتشر کرنے کے خطرہ کو ہرگز نظر انداز نہ کرنا چاہئے۔



شکل ۱۹۔ عضا تدرنی ابولی جنایکیم (Double Tuberculous Pyosalpinx)۔
اوپر کا تاجہ غیر منقسم تھا۔ نیچے کے نمونے میں یہ ظاہر ہوتا ہے کہ نئی خمیدہ ہو گئی ہے اور
بیض کے ساتھ منقسم ہے۔ نیز یہ دوسری ہم پہلو ساختوں کے ساتھ بھی منقسم تھی۔ نلیوں
کو سخت کرنے کے بعد ان میں روزن بنائے گئے ہیں جن میں سے منظر جینی مشمولات
دکھائی دیتے ہیں۔

ان وجوہ کی بنا پر بعض سرجن بالکل حفاظتی طرز اختیار کرتے ہیں اور تدرن زدہ زوائد اور ارحام کو
قطعا نہیں چھوتے۔ تدرنی خراج کی سیسلیت ہرگز براستہ مہسل نہ کرنا چاہئے۔ کیونکہ اس سے

ہمیشہ ایک دشوار علاج ماسور پیدا ہو جاتا ہے۔

باریطون کا تذکرہ - باریطون کا تذکرہ عورتوں میں مردوں کی نسبت زیادہ عام ہوتا ہے۔ باریطون کا وہ حصہ جو سب سے زیادہ کثرت کے ساتھ ماؤف ہوتا ہے باریطون حوض ہے اور اس امر کی توجیہ تجاذیب کی وجہ سے کہ فیض باریطون میں عصبیات ندرن کے متعلق ہونے سے کی گئی ہے۔ ولیمس (Williams) نے باریطونی سرئت کو ۵۰ تا ۵۰ فی صدی اصابات میں کسی حوضی منبع سے منسوب کیا ہے۔ ایسی (Abbe) کا یہ خیال ہے کہ ۶۶ فی صدی اصابات میں سرئت صدی غدد سے اور ۱۶ فی صدی میں ماساریقی غدد کے راستہ سے آتی ہے۔ امعاء اور جوئے خون سرئت کے دیگر منابع ہیں۔

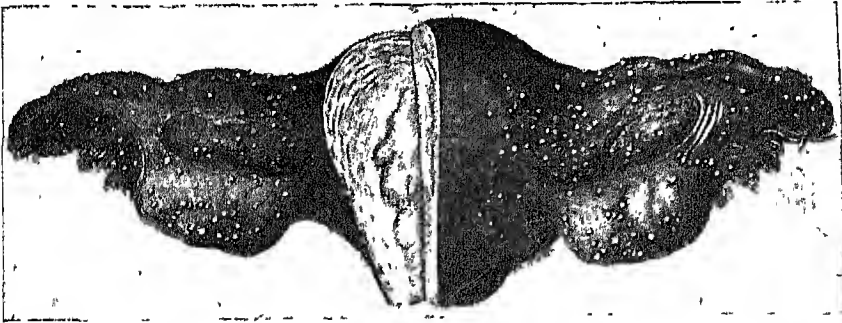
317

اقسام - اس کے تین اقسام ہیں - (۱) دغنی (miliary) (۲) تنجبتی (caseous) (۳) لیفی تکیونی (fibroplastic)۔

(۱) دغنی قسم - یہ قسم بعض اوقات علامات پیدا کرتے کے بغیر ہی شدید دراز تک موجود رہتی ہے۔ باریطون پر چھوٹے چھوٹے درنے ایک کثیر تعداد میں موجود ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۱۹۱)۔ انفصامات کبھی موجود ہوتے ہیں اور کبھی نہیں۔ حاد قسم میں باریطون وبازت یافتہ ہوتا ہے اور اس میں چمک نہیں ہوتی اور اس کی سطح سے لطف کے مذاقات (flakes) چمکے ہوتے ہیں۔ کم و بیش انتقار بھی موجود ہوتا ہے اور استسقاء سیال زرد اور خون آلود ہوتا ہے اور اس میں تیرتے ہوئے لطف کے تودے پائے جاتے ہیں۔ اس قسم میں انفصامات نازک ہوتے ہیں اور ان سے خون آسانی سے بہنا شروع ہو جاتا ہے۔ (۲) جبئی قسم زیادہ شدید ہوتی ہے۔ اس میں جبئی تودے اور خراجا

موجود ہوتے ہیں اور امعاء اور شرب سے بعض اوقات ایک منضم تودہ طیار ہو جاتا ہے جو طبی امتحان پر نو ساخت (neoplasm) کی طرح محسوس ہوتا ہے منضم امعاء کی گندلوں کے درمیان کبھی کبھی زرد جبئی اور قحطی سیال کے دیرہ بند اجتماعات بھی پائے جاتے ہیں۔ ایسی حالت حوض یا شرب یا کسی دیگر مقام تک ہی محدود ہوتی ہے اور یا عمومی استسقاء بھی موجود ہوتا ہے۔ جبئی قسم میں ماسور بننے کا خطرہ ہوتا ہے جو امعاء یا مثانہ میں اور یا ناف پر کھلتے ہیں۔ جب تذکرہ التهاب باریطون حوض تک ہی محدود ہوتا ہے تو اس کے ساتھ فلوپیڈلیوں کا تذکرہ ہمیشہ موجود ہوتا ہے اور مرض زدہ بافتوں سے

ایک دویری تودہ طیار ہو جاتا ہے جو ایک منقسم بیضی دویرہ کے مشابہ ہوتا ہے۔
 (۳) لیفی ٹکوبینی منقسم تدرن دو اقسام اور خاص کر پہلی کا نتیجہ ہوتی ہے۔
 اس کے میز خصوص یہ ہیں کہ درنے غائب ہو جاتے ہیں اور بند بن جاتے ہیں جو انٹریوں کی
 گنڈلیوں کو ایک دوسری سے اور دیوار شکم سے چپکا دیتے ہیں۔ ان علامات بعض اوقات
 اس قدر کشیف ہوتے ہیں کہ حقیقی کہفہ باریطون کا تلاش کرنا مشکل ہوتا ہے۔ صاف زردیال
 کے دویرہ بند اجناعات موجود ہوتے ہیں۔ تذبذب اور ماسا ریفایا کشیدہ ہو جاتے ہیں اور
 اس طرح امعاء کا تکتی (kinking) اور ضیق پیدا ہو جاتا ہے۔ جو بند ایک مقام سے
 دوسرے مقام تک جاتے ہیں ان سے امعاء کے مخنوق ہو جانے کا خطرہ ہوتا ہے۔
 سریری طور پر تدرنی التهاب باریطون کے یہ تینوں اقسام بعض اوقات



نکسل ۱۹۱ حوضی باریطون کے دخی تدرن (Miliary Tuberculosis) کو ظاہر کرتی ہے (کلچورڈوائیٹ)۔

اکٹھے پائے جاتے ہیں۔
 علامات و امارات۔ علامات بعض اوقات بالکل موجود نہیں ہوتے اور
 بعض اوقات یہ اس وسیع التهاب باریطون کے علامات کے مشابہ ہوتے ہیں جس کے
 ساتھ معوی تشدد (intestinal obstruction) بھی موجود ہو۔ ابتدا کبھی کبھی اتنی
 حاد ہوتی ہے کہ اس سے مقتول بیضی دویرہ کی موجودگی کا خیال پیدا ہوتا ہے اور طبیعی
 امارات اس حالت سے مشابہت رکھتے ہیں۔ کئی ایک حالتوں میں بعض

علاماتِ منذرہ (prodromata) بھی دکھائی دیتے ہیں اور یہ عدم اشتہا، وزن کی کمی، بد ہضمی اور ارتقاع پیش ہیں۔ موخر الذکر بالخصوص شام کے وقت ظاہر ہوتا ہے۔ حاد اصابات میں پیش ۳۔ آف تنگ بھی پہنچ جاتی ہے اور شدید دروشکم اور کسی قدر اہمیت موجود ہوتی ہے۔ زیادہ مزمن حالتوں میں حوض میں اکثر حرتی درد (bearing-down pain) پایا جاتا ہے اور شکم کے حصّہ زیرین میں اہمیت موجود ہوتی ہے۔ کیلی (Kelly) نے عسر البول (dysuria) کی طرف توجہ دلائی ہے کہ یہ ایک کثیر الوقوع علامت ہے۔ شکم پہلے پہل متقبل ہوتا ہے، لیکن بعد میں استنفاء کے علامات پائے جاتے ہیں۔ آواز قرع امعاء کی متہرگندگی یا سیال کے دیر بند اجتماع کی موجودگی کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔ مزمن استسقاء قسم میں سائراہمیت (shifting dulness) کا مظہر باسانی حاصل کیا جاسکتا ہے، کیونکہ سیال انضمام کی وجہ سے دیر بند نہیں ہوتا۔ بعض اوقات ایسا سلعہ پایا جاتا ہے جو بظاہر ٹھوس ہوتا ہے اور اس رتال آواز نکلتی ہے اور گاہے گاہے دو امتحانوں کے درمیان اس کے تعلقات بھی بدل جاتے ہیں۔ اس قسم کی حیران کن خلاف قاعدہ حالتیں تدریجی التهاب باریطون پر دلالت کرتی ہیں۔

انذار۔ مزمن حوضی اور استسقاء قسم میں صحت یابی کا سب سے زیادہ امکان ہوتا ہے۔ جننی قسم میں جس میں بہت سے شکسہا سکتا موجود ہوں انذار غیر مساعد ہوتا ہے۔ فوجاؤں میں انذار کم عمر بچوں اور بوڑھے مریضوں کی نسبت بہتر ہوتا ہے۔ اگر ساختہ ہی سل یا معمولی تذکرہ موجود ہو تو یہ خطرناک ہوتا ہے۔ بلند پیش، برازیں، مخاط اور خون کی موجودگی، اسہال، قے کی کثرت اور لاغری بہت ناموفق علامات ہیں، کیونکہ ان سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ امعاء کا مخاطیہ ماؤفٹ ہے۔

علاج۔ اگر مرض کی شناخت ابتدائی مدارج میں ہو جائے تو صحت گاہی علاج کی شمسعی علاج (helio-therapy) اور ٹیوبرکلین کے انشربات کی معیت میں آزمائش کرنا چاہئے۔ جینی اور انضمامی قسم میں مخفف علاج کو مکمل طور پر آزمایا جائے۔ جب آزاد سیال موجود ہو اور اس کی مقدار میں اضافہ ہو رہا ہو تو شکم کھوکھلا کر سیال کو خارج کر دینا چاہئے۔

انضمامات کا تذکرہ کرنے میں بہت احتیاط کرنا چاہئے کیونکہ معمولی ناسور باسانی بن جاتے ہیں مگر شد و نادر ہی مندل ہوتے ہیں۔ خارجی ناسور پر بھی ہی صادق آتا ہے۔ لہذا دیوار شکم کو بند کرتے وقت بہت احتیاط سے کام لینا چاہئے۔ صحت گاہ کا علاج عملیہ کے بعد کے زمانہ نقاہت کے بعد شروع ہونا چاہئے۔

اعضائے تناسل کی شعاع فطریہ

(ACTINOMYCOSIS OF THE GENITAL ORGANS)

سبھی شعریہ کی سرانہیں
(Streptothrix infections)

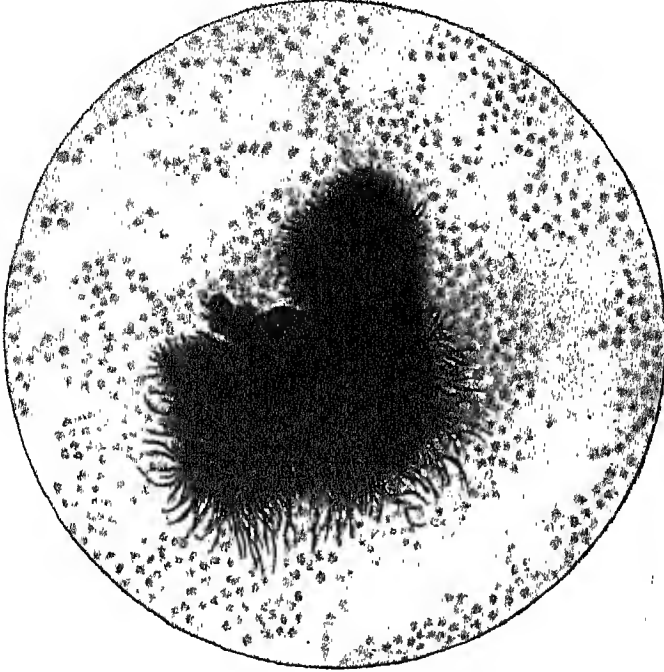
سبھی شعریہ (streptothrix) کی جنسی اصطلاح فطرات (fungi) کی بعض قسموں پر مشتمل ہے جو انسان اور دیگر پستانوں کے لئے مضر ہیں۔ بعض مثالوں میں یہ عضویئے شعاعی گروہوں میں مجتمع ہوتے ہیں، اور یہ کرن بھیسوندی (ray-fungus) یا سبھی شعری شعاع فطر (streptothrix actinomyces) کی انتیازی خصوصیت ہے۔ سبھی شعریوں (streptothrices) سے پیدا شدہ ضررات تدرن، جذام، اور آتشک کے ضررات کے مشابہ ہوتے ہیں، اور یہ مزمن سرانہیں ذراتی سلعنا (chronic infective granulomata) سے تعلق رکھتے ہیں۔

ضررات کے اس گروہ کی انتیازی خصوصیت یہ ہے کہ ان میں اربکی بانفت کے کرپچے ان ماسکات کے گرد پائے جاتے ہیں جن پر عضویئے حملہ آور ہوتے ہیں۔ ان عضویوں کے دروں سموم (endotoxins) الہابی تعامل کو اس طرح متغیر کر دیتے ہیں کہ اربکات میں ایک عجیب قسم کے خلیات پیدا ہو جاتے ہیں اور اس طرح در علہ نما (endothelioid) اور عفرینی خلیے (giant-cells) پیدا ہو جاتے ہیں۔ مگر مؤخر الذکر جو در نہ میں بکثرت پائے جاتے ہیں سبھی شعریہ (streptothrix) کی سرانہیں میں اتنی کثرت کے ساتھ موجود نہیں ہوتے اور اتنے واضح بھی نہیں ہوتے۔ سبھی شعریوں سے پیدا شدہ ذراتی سلعات میں ہمیشہ مزمن مقامی تفعیل پیدا ہو جاتا ہے۔

319

عضویئے سبھی شعریات (streptothricæ) پتلے، ارشک دار اور شاخدار عضویئے ہیں جن کی جگہ ارتقائے انسل کے لحاظ سے بظاہر جراثیم اور مدارق طرات کے درمیان درمیان ہے۔ ان کی انتیازی خصوصیت ”تخلکوں“ (”gonidia“) یا در (spores) کا نمو ہے جو اختصا ص یافتہ نسجات (hyphæ) سے پیدا ہوتے ہیں۔ باقوں اور کاشتوں

دونوں میں یہ پٹیلیہ شہادہ رشتہ کوں کے گتھے ہوئے شبکہ کی شکل کا دکھائی دیتا ہے جن سے جلد ہی ہٹا گھسی بناوٹ کا ایک ٹھوس فطری جال (mycelium) طیار ہو جاتا ہے۔ (دیکھو شکل ۱۹۲)۔



شکل ۱۹۲۔ انسانی بیض کی شعاع فطریہ (Actinomycosis) (ایف ٹیلر اور فشر) جس میں گھسی بانٹ کا ایک ٹھوس فطری جال (mycelium) دکھائی

دیتا ہے۔ - X - ۲۵ -

یہ نقوہ پر ایک ۳ سالہ مریضہ کے دائیں بیض کی ابتدائی شعاع فطریہ سے طیار کی گئی تھی۔ دوسرا کوئی ضرر موجود نہیں تھا، اور زوائد (appendages) کے استیصال کے بعد صحت ہو گئی۔

موخر الذکر میں مندرجہ ذیل تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ (۱) رشتہ کوں کے سروں پر اور ام بجاتے ہیں۔

(ب) فطری جال کے تودہ کے مرکز میں تخری تغیرات واقع ہو جاتے ہیں۔ (ج) فطری جال کے تانگے ٹکڑوں میں تقسیم ہو جاتے ہیں۔

سروں کے اورام کی دو واضح قسمیں ہیں۔ (۱) خود رشتہ کوں کے چھوٹے چھوٹے بصلی پھیلانے والے (۲) حاصر غلافات کے زیادہ بڑے زجاجی اورام جن سے گرز (clubs) بنتے ہیں۔ موخر الذکر میں ایک شعاعی ترتیب پائی جاتی ہے، اور کراں پھیچوندی (ray-fungus) اور شعاع فطر (actinomyces) کے نام کی وجہ تسمیہ یہی ہے۔ گرز بقری ضررات میں بہترین دکھائی دیتے ہیں۔ انسانی سرانوں میں یہ بہت پھونک ہوتے ہیں اور اس لئے ان کا مطالعہ کرنا مشکل ہے۔ یہ بالیدگی کے ایک متاخر درجہ میں پائے جاتے ہیں جب کہ بافتوں کے اندر کے عیارات (colonies) وسیع ہوں اور ان میں مرکزی تخر شروع ہو جائے۔

320

سبھی شعریہ (streptothrix) کی سرانت کا مظاہرہ کرنے کے لئے گرام کے طریقہ سے بافتوں کی تلوین ضروری ہوتی ہے۔ فطری جال (mycelium) کے رشتہ کوں اور پندور (spores) گرام مثبت ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۱۹۲) اور زجاجی گرز (hyaline clubs) اور متحرک رقبہ جات گرام منفی ہوتے ہیں۔

تقسیم۔ امریکہ اور ناروے کے بعض ادباء نے بھی شعریہ (streptothriceae) کو لازمی طور پر ممرض افعیلیہ تصور کرتے ہیں جو جسم حیوان کے باہر زندہ نہیں رہ سکتے۔ تاہم یہ ثابت کرنے کے لئے ہمارے پاس کوئی شہادت موجود ہے کہ ممرض سبھی شعریات غیر ممرض (گندہ نیاتی: saprophytic) شکل میں زندہ رہ سکتے ہیں، کیونکہ یہ پوال، اناج اور گھاس پر پائے جاسکتے ہیں۔ اور ان خراشیدگیوں کے راستہ سے جسم میں داخل ہوتے ہیں جو سرانت اشیا سے واقع ہوتی ہیں۔ ان کے داخل ہونے کا عام راستہ دہن اور بلعوم ہے، لیکن غذائی اور تنفسی خطوں اور جلد کے راستہ سے بھی سرانت واقع ہو سکتی ہے۔ ایک عورت میں جس نے ”ویش بون“ (”Wish-bone“) قسم کے مائع حمل فرزجہ کا استعمال کیا تھا ٹیلوں اور بیضین کی شعاع فطریہ کے واقع ہونے سے اس امر کے امکان کا خیال پیدا ہوتا ہے کہ مہبل ہی سرانت کا راستہ ہوگی۔

”Actinomycosis of Tubes and Ovaries.” Draper and Studdiford. لہ

مرضی تشریح کج۔ اس ضرر کی امتیازی خصوصیت اس کی ترقی پذیر توسیع ہے۔ بعض اوقات بلا واسطہ مقامی انتشار سے بافتوں کے بڑے بڑے رقبے سرانٹ زدہ ہو جاتے ہیں اور دور دور کے حصوں تک بھی ثانوی انتشار ہو جاتا ہے۔ ہر ایک عمیرہ ایک سرانٹی ماسک کا مرکز بن جاتا ہے



شکل ۱۹۳۔ خارجی اعضائے تناسل کی شعاع فطریست (Actinomycosis)۔

(نیلرینگ: Taylor Young اور ویش: Welsh)۔

اور ہر ایک ماسک میں انجام کار ایک چھوٹا سا خراج بن جاتا ہے، جو منقلب اور مہتج بافتوں سے محصور ہوتا ہے (دیکھو شکل ۱۹۳)۔ اس طرح ایک سرانٹ زدہ عضو بعض اوقات نفع کے بغیر انفرادی ماسکات سے چھلنی ہو جاتا ہے اور یا اس میں ایک بہت بڑا خراج بچھتا ہے۔ پیپ کی

اقتیازی خصوصیت یہ ہوتی ہے کہ اس میں سفید یا گندک کے رنگ کے زرد و زرات پائے جاتے ہیں جو خالی آنکھ سے دکھائی دیتے ہیں۔ یہ طفیلیوں کے غیرات ہوتے ہیں۔

سرسریہی خصائص - عمومی تشیم بعض اوقات شدید ہوتا ہے اور اس سے نمپ ہو جاتی ہے اور یسینے آتے ہیں اور جسم لاغر ہو جاتا ہے۔ لیکن ایسا عموماً مرض کے آخری مدارج ہی میں ہوتا ہے اور بعض اوقات مزمن و بیچ سرائتوں کے باوجود صرف مختل سائنی اکتلال پایا جاتا ہے۔ یہ کہا جاسکتا ہے کہ مذکورہ عمومی تشیم تدرن سے پیدا شدہ تشیم کے مشابہ ہوتا ہے لیکن اس سے کم شدید ہوتا ہے۔ شکی حوضی ضررات میں تین مدارج پائے جاتے ہیں جن کی طرف گرل (Grill) نے اشارہ کیا ہے۔ (۱) حملہ کا درجہ جس کے علامات مبہم سے ہوتے ہیں اور جو التهاب زائدہ کی طرف اشارہ کرتے ہیں۔ (۲) احشاء یا دیوار پائے شکم میں اور بالعموم نفاثی اموری (ileo-caecal region) میں سلعات کے پنے کا درجہ جس میں درد کشا زوادر ہی پایا جاتا ہے۔ (۳) نفیج کا درجہ جس میں گہرے جوف اور دشواز علاج ناسور بجاتے ہیں۔

حوضی سرائت - حوضی سرائت نادر الوقوع ہے۔ یہ سب سے زیادہ کثرت کے ساتھ زائدہ کے راستہ سے واقع ہوتی ہے لیکن یہ خون کی رو کے راستہ سے بھی پیدا ہوتی ہے اور عضویہ نظام جسم میں لوز تین کے راستہ سے داخل ہوتا ہے۔

ایک یا دونوں میضوں کی شعاع فطریّت بھی کئی ایک مرتبہ درج کی جا چکی ہے (شکل ۱۹۲)۔ یہ اعضا لیغی بافت میں تبدیل ہو گئے تھے جسکے اندچھو لے چھو لے خراج بند تھے اور یا یوں کہا جاسکتا ہے کہ یہ پتلی دیواروں کے خراجی تاجوں سے زیادہ حیثیت نہیں رکھتے تھے۔

فلوئی ملی کی شعاع فطریّت بالعموم دائیں طرف پائی گئی ہے جس سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ سرائت زائدہ سے آتی ہے۔

علاج - سرائت زدہ بافتوں کے آزادانہ استیصال اور سطحوں پر پیمارے سے شکوہ آتے آئیوڈین کا طلا کرنے کی سفارش کی جاتی ہے۔ پونا شیم آیوڈائیڈ (potassium iodide) کی بڑی بڑی خوراکیوں (۱۰ گریں دن میں تین مرتبہ) کا استعمال چند دن تک کرنا چاہئے اور پھر ایک ہفتہ تک بند رکھنا چاہئے اور پھر چند دن تک کرانے کے بعد ہینہ میں ایک مرتبہ تکرار کرنا چاہئے (ٹیلر ینگ: Taylor Young)۔ یہ صاحب سند محقق ناشی

آئیو دین کے استعمال سے بھی متفق ہے جس کا طریقہ یہ ہے کہ ہر صبح ۳۰ گرین پوٹاشیم آئیوڈائیڈ دیا جاتا ہے اور اس سے چار گھنٹہ بعد ۱ اونس کلورین واٹر (chlorine water) پلایا جاتا ہے اور پھر دو گھنٹہ کے بعد اس کا تکرار کیا جاتا ہے حتیٰ کہ اس کی مقدار ۳ اونس تک پہنچ جاتی ہے۔ اس کا یہ بیان ہے کہ اس کا استعمال کئی ایک مہینوں تک جاری رکھنا چاہئے۔ ٹیکریٹک ذاتی جدرین (autogenous vaccine) کے استعمال کی بھی بہت تعریف کرتا ہے۔

اسفطر جلوبیت (Aspergillosis) ایک اور سوجہ شعری سرایت ہے جو پرندوں میں عام طور پر پائی جاتی ہے۔ یہ مرض گاہے گاہے آدمی کو لاحق ہو جاتا ہے اور زیادہ تر پرندہ بازو میں پایا جاتا ہے۔ اگرچہ ضرر کا عام ترین محل پھیپھڑوں میں ہوتا ہے مگر یہ فطر جسم میں بعض اوقات اذن خارجی اور مہل میں سے اور زیادہ شاذ طور پر مثانہ میں سے بھی داخل ہو جاتا ہے۔

نبتہ قنفذیہ اور دیگر طفیلیات کی سرایتیں

(ECHINOCOCCAL AND OTHER PARASITIC INFECTIONS)

طفیلیات کی مندرجہ ذیل قسمیں گاہے گاہے تناسلی خطہ میں پائی جاتی ہیں :-

(۱) ریبا نیے (Cestodes) - (۱) تریلیبیہ قنفذیہ (Taenia)

echinococcus)

(۲) دیدان سلکیہ (Nematode) - (۱) دو ذائل (Oxyuris)

vermicularis) worms)

(ب) خراطینی صفار (Ascaris)

lumbricoides)

(۳) دیدان مشقبہ (Trematode) - (۱) خون ہاش وودہ (Distoma)

haematobium) worms)

بلہارزیہ (Bilharzia)

haematobia:

(۱) ششری ثعالیہ مہیلی

۳ مخز یوانات (Protozoa)۔

-Trichomonas

vaginalis)

(ب) یولی تناسلی امیبا (Amoeba)۔

urogenitalis)

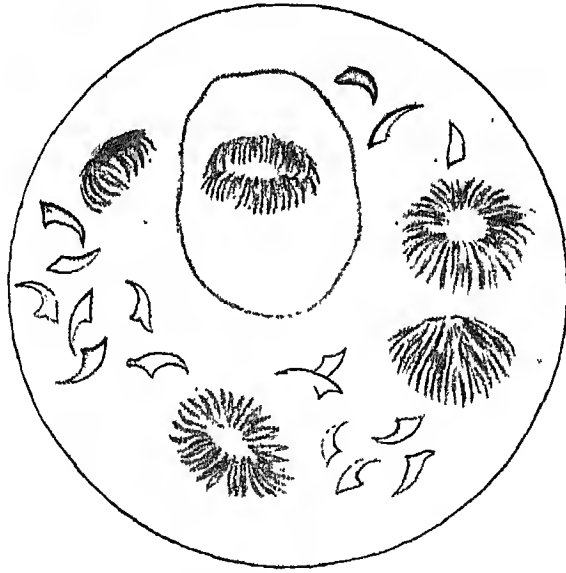
(۱) احتشائے حوض کا مرض کیسیہ - مرض کیسیہ (hydatid disease)

ایک ریبانیہ (cestode) یا دورہ شریلیہ (tapeworm) سے پیدا ہوتا ہے جو شریلیہ تغذیہ (Tania echinococcus) کے نام سے موسوم ہے۔ ریبانیوں (cestodes) کی جماعت کے دیگر ارکان کی طرح یہ کیڑا بھی نوکی دورکتوں میں سے گذرتا ہے۔ بالغ مصنوعی شکل (درمائی) ہئیت (enteral phase: بعض حیوانات کیلی (canines) مثلاً کتے اور بھیرے وغیرہ میں پائی باقی ہے۔ نابالغ دو بردہ بند شکل (بدنی ہئیت: somatic phase) دیگر مختلف پستانوں، خاص کر بھیر کی اور گاہے گاہے آدمی کی احتشائی الفصالی بافتوں یا مصلی غشاؤں میں گذرتی ہے۔

ہر مصنوعی کرم میں خلیفات (hooklets) کے تین جوڑے پائے جاتے ہیں، اور یہ ایک کائیٹینی (chitinous) خول کے اندر بند ہوتا ہے۔ یہ خلیفی کرہ (oncosphere) کہلاتا ہے، یہ مرض آدمی میں خلیفی کرہ (oncospheres) کے داخل ہونے سے پیدا ہوتا ہے جو کتے کے امعاء سے خارج ہو کر پیئے کے پانی میں یا نباتات میں مل جاتے ہیں اور یا خشک ہونے کے بعد میزبان کے اندر بذریعہ تنفس چلے جاتے ہیں۔ معدہ میں کائیٹینی خول نرم ہو جاتے ہیں اور سنبلی (spicated) مضغہ آزاد ہو جاتا ہے۔ خلیفات غذائی ملی کی دیواروں میں سوراخ کر کے مضغہ کے لئے راستہ طیار کر دیتے ہیں۔ ۶۰ فیصدی اصابات میں (تھامس: Thomas) یہ غالباً بابی نظام کے ذریعہ سے جگر میں پہنچ جاتا ہے اور ۱۲ فیصدی میں یہ پھیپھڑوں میں چلا جاتا ہے۔ ٹیلرینگ (Taylor Young) اس امر کی طرف اشارہ کرتا ہے کہ چونکہ مضغوں کی جراثیم سرخ دھوی افراص سے محض لگنی ہوتی ہے اور یہ فعال طور پر متحرک بھی ہوتے ہیں، اس لئے یہ ممکن ہے کہ یہ معدہ اور امعاء کی دیواروں میں سے مکمل طور پر گذر کر باریطونی تاجہ میں چلے جاتے ہوں اور یا

اتصالی بافت کے مستویوں کے ساتھ ساتھ چلتے ہوں۔ اور وہ اس نتیجہ پر پہنچا ہے کہ یا تو بعض بافتوں کے لئے اس میں انتخابی الف پائی جاتی ہے اور یا تغذی حملہ کے خلاف بعض بافتوں میں دوسری بافتوں کی نسبت زیادہ مناعت موجود ہوتی ہے۔

کیسیہ تھی دویرہ (hydatid cyst) ایک واحد دویرہ (monocyst) ہوتا ہے جو ایک مضغہ سے پیدا ہوتا ہے۔ یہ ایک گرد دویرہ (pericyst) یا اکتسابی کیسیہ سے محصور ہوتا ہے جو میزبان کی طرف سے التہابی تعامل کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔ دویرہ کا طبعی حصہ

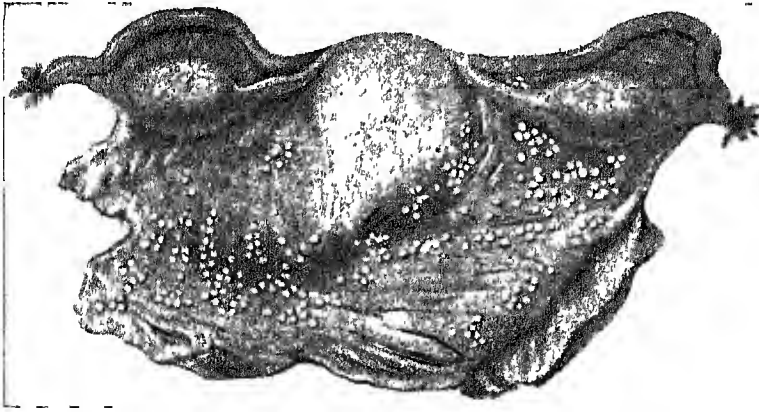


شکل ۱۹۳۔ شریلیہ تغذیہ (Tænia Echinococcus) کے رؤس الشریطہ (scolices) (بیکریٹنگ اور ویش)۔

323

بروں دویرہ (ectocyst) اور دروں دویرہ (endocyst) دونوں سے مرکب ہوتا ہے۔ اس میں آبی سیال بکثرت پایا جاتا ہے، اور اس کی جسامت ایک اینچ سے لیکر ایک فٹ سے زیادہ تک ہوتی ہے۔ بروں دویرہ ادیمی (cuticular) پروٹی تہ ہوتی ہے۔ یہ نیم شفاف ہوتی ہے، اور اس میں باریک باریک ورق موجود ہوتے ہیں جو اس قدر میزبان

کہ اس کا ایک چھوٹا سا ٹکڑا بھی شناخت کرنے کے لئے کافی ہوتا ہے۔ دروں دورہ یا مینسٹری نہ طفیلیہ کی حیوی بافت ہے۔ اس سے کئی ایک چھوٹے چھوٹے ابھاروں سے جو حاضنہ کیسیوں (brood-capsules) کے نام سے موسوم ہیں بعض اوقات نہایت کثیر التعداد سر یا رؤس الشربطہ (scolices) پیدا ہو جاتے ہیں جن پر خطیقات پائے جاتے ہیں (دیکھو شکل ۱۹۴)۔ جب طفیلیہ تندرست ہوتا ہے تو دورہ کی دیواریں تیندہ اور اس کے سیالی مشمولات صاف ہوتے ہیں۔ اور جب یہ ہلاک ہو جاتا ہے تو دیواریں بیٹھ جاتی ہیں اور ان میں غلیات امیض بکثرت داخل ہو جاتے ہیں جس سے ایک متنفذ دورہ (suppurating cyst) طیار ہو جاتا ہے جو براہیم موجود نہیں ہوتے۔ کیسیتی دورہ بعض اوقات خشک ہو جاتا ہے اور بعض اوقات



شکل ۱۹۵ - باریطون پر رؤس الشربطہ (scolices) کی ثانوی تنجیب جو ایک کیسیتی دورہ (hydatid cyst) کے انشقاق کے بعد واقع ہوئی تھی (ٹیلرنگ اور ویش)۔

اس میں اسقاط یا تنخر یا نکلس واقع ہو جاتا ہے۔

ثانوی یا دختر دورے (daughter cysts) دروں زاویا بروں زاد تکون سے پیدا ہو جاتے ہیں مگر درمیانی میزبان کے اندر کرم کے دائرہ حیات میں اور کوئی مزید ترقی نہیں ہوتی۔

متوطن علاقہ جات۔ یہ طفیلیہ آسٹریلیا، ارجنٹائن، آئس لینڈ اور براعظم یورپ کے بعض حصوں میں متوطن ہے۔ آئس لینڈ میں مردوں کی نسبت عورتیں زیادہ متاثر ہوتی ہیں اور ٹیلر یانگ (Taylor Young) کے مطابق آسٹریلیا میں یہ تناسب معکوس ہے۔ مردوں اس مرض کا وقوع محض اتفاق سرسنت پر منحصر ہے۔

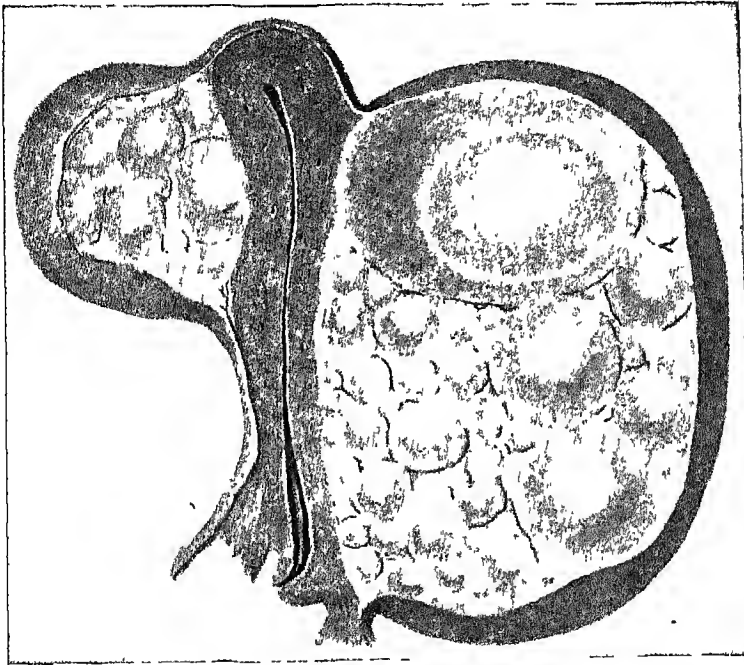
طفیلیہ اور اس کے میزبان کا مابینی تعامل۔ دوبارہ بند طفیلیہ سے ان اشیا کے باہر نکلنے کا ثبوت موجود ہے جن کی وجہ سے میزبان میں تعاملات کا ایک سلسلہ پیدا ہو جاتا ہے جو (۱) مناعی تعاملات (immunity reactions) اور خون میں اجسام دافعہ (antibodies) کے ظہور (۲) انتخابی قسم کے نامض الابيض تعاملات (leucoblastic reactions) اور (۳) سمی تعاملات پر مشتمل ہے۔ یہ تمام تعاملات دوبارہ کے نشق ہو جانے پر اپنی انتہا کو پہنچ جاتے ہیں۔ مناعی (پریسیپیٹن) تعامل بعض معینہ حدود کے اندر اس مرض کی تشخیص کرنے کا ایک سائنٹفک کاشف ہے (فلیک: Fleig اور لیسون: Lisbonne)۔

نامض الابيض تعامل خون میں ایوسین پسد خلیات (eosinophil-leucocytes) کی تعداد میں انتخابی اضافہ کے واقع ہونے سے ظاہر ہوتا ہے۔ سمی تعاملات کی الشقاق کے واقع ہونے کے علاوہ اور کوئی اہمیت نہیں ہوتی اور جب الشقاق واقع ہوتا ہے تو مندرجہ ذیل علامات پیدا ہو سکتے ہیں۔ (۱) غشیان (syncope) اور شرئی (urticaria) (ب) کیسیہ کے سیال کے بلا واسطہ تماس سے التہابی اعمال (التہاب باریطون) اور (ج) مزمن سمی اثرات مثلاً لاغری اور عدم دمویت۔ لہذا کیسیہ متی دوبرے غیر عامل اجسام غریبہ نہیں بلکہ ان کو زندہ ساختیں تصور کرنا چاہئے جو میزبان کی بافتوں میں ایک مسلسل تعامل پیدا کرنے کی استعداد رکھتی ہیں۔

حوض میں محلات مرض کی تقسیم۔ کہفہ باریطون میں ابتدائی دوبارہ کے منشق ہو جانے کے بعد حوض کے باریطون پر روس الشربطہ (scolices) کی ثانوی تنصیب اکثر واقع ہو جاتی ہے (دیکھو شکل ۱۹۵)۔

ابتدائی حوضی کیسیہ بالعموم دنگلس کی جیب کے عین نیچے کی اتصالی بافتوں میں پیدا ہوتے ہیں اور یہاں سے پھیل کر یہ رحم، ایفینین، فلوی نیوں، مثانہ اور معائے مستقیم سے علاقہ پیدا کر لیتے ہیں۔ احتشائے حوض کا نسخ (parenchyma) تنفیدی (echinococcus)

ابتدائی موکاشا دونادر ہی محل ہوتا ہے۔ مرض کی تقریباً تمام ایسی حالتیں جن کے متعلق یہ بیان کیا جا چکا ہے کہ یہ بیض یا فلوی نیلیوں میں پیدا ہوا تھا رباط عریض کی ڈھیلی انصالی بافت پر حملے ہوئے کی مثالیں ہیں (ٹیلر بینک اور وینٹش)۔ جو قدرا احشائے حوض پر کے سخت مصلی حلوں سے ان کے درونے انجام کار مشق ہو جاتے ہیں۔ چنانچہ فلوی نیلیاں یا کہفہ رحم بعض اوقات دختر دی بروں سے پر ہو جاتے ہیں۔



شکل ۱۹۶۔ جی عضلہ میں تغذی دیویرہ (Echinococcal Cyst) (ٹیلر بینک اور وینٹش)۔

رحم کے ابتدائی کیسیوں (دیکھو شکل ۱۹۶) کا مشاہدہ گائیلز (Giles) اور مولونی (Moloney) نے فلوی نیلیوں کے ابتدائی کیسیوں کا ڈولیریس (Dolérís) اور ایڈن (Eden) نے (دیکھو شکل ۱۹۷) اور پین (Péan) ٹیلر بینک (Taylor Young) اور ویش (Welsh) نے کیا ہے۔ نیز یہ بھی دریا فت ہو چکا ہے کہ

کیسیہ ابتدائاً حوضی بڈیوں پر بھی حملہ آور ہوتے ہیں۔ اور یہ بھی معلوم ہوا ہے کہ جب یہ بروں باریطونی محلات پر واقع ہوتے ہیں تو وضع حل میں رکاوٹ پیدا کر دیتے ہیں۔



نسل ۱۹۔ فلفلی نلی کا کیسیہ (hydatid) (قنفذی echinococcal) دوڑ۔
(ا) دوسرا۔ (ب) مسدود شکلی دہنہ۔ (ج) نلی کا درونہ جو گھول دیا گیا ہے۔
(د) بیض۔ (س) ماساریناٹے انوبہ (mesosalpinx)۔ دوسرا کا گھول
نلی کی دیوار کے بالائی حصہ کی زیر باریطونی غلوی بافت میں ہوا ہے۔

تشخیص۔ قنفذی (echinococcal) حملہ کی تشخیص اسی حالت میں یقینی ہو سکتی ہے جب کہ نوعی منعنی تعلقات سے جن کی عیاری لحاظ سے معقول طور پر جانچ کر لی گئی ہو

ثبت نتیجہ حاصل ہوا جبکہ خردبین سے امتحان کرنے پر خطیقات (hooklets) مل جائیں جن حالتوں میں طبیعی امارات موثق تو ہوں مگر غیر قاطع ہوں ان میں ایوسین پسند خلیات کی نمایاں کثرت ایک قوی شہادت ہوتی ہے (ٹیلر ننگ اور ویش)۔

حوض کے کیسیٹنی دو بیروں (hydatid cysts) کے ہونے خاص امتحان کرنے پر پائے جاتے ہیں وہ بہت اختلاف پذیر ہیں۔ پتلی دیواروں والے بڑے سے دیرہ کو حوض میں پیدا ہونے والے دیگر عام ترین دو بیروں میں سے کسی ایک سے تمیز کرنا بعض اوقات ناممکن ہوتا ہے۔ موٹی دیواروں والا کیسیٹنی دیرہ واحد عضلی سلعہ (myoma) یا مسخوطی سلعہ (teratoma) سے مشابہ ہو سکتا ہے، اور متعدد دو بیروں سے متعدد سخت مصلی عضلی سلعوں کے امارات پیدا ہو سکتے ہیں (دیکھو شکل ۱۹۶)۔ حملہ کے محل کا سرری طور پر تعین کرنا مشکل ہے اور جو مقام یقینی طور پر معلوم کیا جاسکتا ہے وہ اکثر حوض کا صرف وہی حصہ ہوتا ہے جس میں یہ تودہ واقع ہوتا ہے۔ کسی تودہ کا جگر میں موجود ہونا یا سابقہ غلیہ کی روئداد جو جگر کے کیسیہ (hydatid) کے لئے کیا گیا ہو حوضی ورم کے فتقذی الاصل ہونے کی قوی شہادتیں ہیں۔ اگر دیرہ منشق ہو گیا ہو تو ورم کے دفعۂ غائب ہو جانے کی روئداد موجود ہوگی جس کے ساتھ ممکن ہے کہ مصلی النہاب باریطون، کثرت خلیات ایوسین پسند (eosinophilia) اور سرخ الزوال شری (transient urticaria) کے علامات موجود ہوں (بارلنگ Barling اور ویش - (Welsh:

326

علاج۔ چونکہ کیسیٹنی مرض کے مظاہر میں سے ایکلی حوضی حالت ہی اکثر موجود نہیں ہوتی بلکہ ممکن ہے کہ دیگر خضررات شکم بھی موجود ہوں اس لئے جراح کو ان کا تذکرہ کرنے کے لئے بھی طیار رہنا چاہئے، مثلاً ہم میں سے ایک (سی۔ ایل) کے تجربہ میں یہ آیا ہے کہ دیرے ڈایا فرام کے پیچھے سے گھس کر اوپر کی طرف اتنی دور تک چلے گئے تھے کہ بائیں بئل تک پہنچ گئے تھے، اور نیچے کی طرف سلعہ قریش حوض کو نیچے کی طرف دبار ہاتھا، اور ہبل میں ابجرا ہوا تھا۔

مرض کیسیہ کا علاج دیرہ یا دو بیروں کے استیصال پر مشتمل ہے جو حتی الامکان مکمل ہونا چاہئے، مگر امیابات کی ایک خاص تعداد میں صرف جزوی اخراج ہی کیا جاسکتا ہے اور اکتسابی گرد دیرہ کو علی عملہ چھوڑ دینا پڑتا ہے۔

(۱) دویرہ کا مکمل استیصال - رحم، بیضین، نلیوں اور رباطاتِ عریض کے کیستی دویروں کا علاج اس طریقہ سے بہترین طور پر کیا جاسکتا ہے۔ سادہ دویروں کا گرد دویڑ پر شکاف دینے سے پیشتر امتصاص کر لینا چاہئے۔

(۲) دویرہ کا جزوی اخراج - گرد دویرہ کو کھول کر تمام دروں اور بروں دویرہ کو کھرچ کر باہر نکال دیا جاتا ہے تاکہ طفیلیہ تباہ ہو جائے۔ یہ عملیہ دو طریقوں پر ختم کیا جاتا ہے (۱) گرد دویرہ کے کٹے ہوئے کناروں کو جلد و شکم سے ٹانکے لگا کر جوڑ دیا جاتا ہے اور ایک میل کا ز داخل کر دیا جاتا ہے (کیس سازی: marsupialization) یا (ب) گرد دویرہ کے کٹے ہوئے کناروں کو الٹا کر ٹانگوں کے ذریعہ سے جوڑ دیا جاتا ہے، اور اس طرح کہنے کو بند کر دیا جاتا ہے۔ ایسی حالتوں میں زلف بعض اوقات بہت تکلیف دہ ثابت ہوتا ہے، اور اس کو قابو میں لانا مشکل ہوتا ہے۔

بعض اوقات گرد دویرہ میں اس قدر نکلس پیدا ہو جاتا ہے اور یا یہ اتنا موٹا اور بوجدار ہو جاتا ہے کہ اس کے خالی ہونے پر اس کی دیواریں گرتی نہیں۔ ایسی حالت میں اس کی مسبلیت کا اشتغال ضروری ہوتا ہے۔ حوضی اصابات میں مسبلیت براستہ مہبل کرنا چاہئے۔

کیستی دویروں کے اخراج کے عملیہ کے دوران میں ان کی جراحی تنصیب کے خطیہ کو ضرور یاد رکھنا چاہئے۔ زخم کے کناروں کی حفاظت کرنا چاہئے، اور کناروں اور مختلف دروں کی ساختوں کو گاڑنی گدیوں سے محفوظ رکھنا چاہئے۔

(۲) ویدان سکلیہ (Nematode Worms) - اس قسم کے طفیلیوں میں

سے جو زیریں تناسلی خطہ میں سرایت پیدا کرتے ہیں اہم ترین دو واصل (Oxyuris vermicularis) ہے۔ یہ "سوتی کیرا" (thread worm) (چرنا) بچوں کی معائے کبیر میں اکثر پایا جاتا ہے، اور اس کا انکشاف فرج اور مہبل میں بھی کیا گیا ہے جہاں یہ فرجی مہبلی التهاب پیدا کر دیتا ہے جو سریری طور پر سوز کی سرایت کے مشابہ ہوتا ہے۔ بعض اوقات بچوں میں التهاب فرج اور التهاب مہبل کی طفیلی نوعیت کا ثابت کرنا مشکل ہوتا ہے، لیکن ایسے اصابات میں جن میں بفقہ سوزاک کا مظاہرہ نہ کیا جاسکے دو داخل کو احتیاط سے تلاش کرنا چاہئے۔ امسار کو کوکوشیا کے نقوع (infusion of quassia) سے صاف کر دینا چاہئے۔ ساتھ ہی التهاب مہبل کے علاج کے لئے بھی کسی حقیقت سے واضح معہرہ مثلاً ۲ فی صدی

”ڈٹال“ (”Dettol“) یا سلن کے محلول (cyllin-solution) سے مہیبل کو دھونا چاہئے۔
التهاب مثانہ کا علاج مثانہ کو پروٹارجن کے محلول (protargen-solution) (انی صدی)
سے دھونے سے کرنا چاہئے۔ لطیفی الاصل طبعی بالیدوں کو دور کر دینا چاہئے۔

یہ بھی معلوم ہو چکا ہے کہ سوتی کیڑے شاذ و نادر موقعوں پر رحم اور غلوپی نلیوں میں بھی
داخل ہو جاتے ہیں اور بالائی تناسلی خطہ میں خطرناک التهاب پیدا کر دیتے ہیں۔

دوسرا دودھ سکلیہ (nematode worm) جو گاہے گاہے مہیبل میں داخل ہو جاتا
ہے ”دودھ مندیرہ“ (round worm) یا خرمی صغار (ascaris lumbricoides)
ہے۔ اگر مستقیم مہیبل ناسور موجود ہو تو اس کو مہیبل میں داخل ہونے میں قدرتی طور پر مدد
مل جاتی ہے۔

(۳) دیدان متقبہ (Trematode Worms) - خوں باش بلہارزیہ
(Bilharzia haematobia) یا خوں باش دروستہ (Distoma haematobium)
عورتوں میں آدمیوں کی نسبت کم کثرت سے پایا جاتا ہے۔ گندہ پانی کے مقامی تماس سے سرایت
کا امکان بڑھ جاتا ہے اور چند اصابات میں اس سے فرج کے ضررات پیدا ہو چکے ہیں جو
زہراوی مسوں (venereal warts) (نوکار فلطاحی سلماست condylomata
acuminata: کے مشابہ ہوتے ہیں۔ ایسی مثالوں میں اس کرم کے بیضے مہیبل کے زیر مخاطیہ
(submucosa) میں پائے گئے ہیں۔ یہ بھی دریافت ہو چکا ہے کہ بلہارزیہ (bilharzia)
عقین رحم میں ایک طبعی حالت پیدا کر دیتا ہے جو سرطانی سلعہ کے مشابہ ہوتی ہے۔

(۴) مہیبل کی خنزیریوائی سرایتیں (Protozoal Vaginal Infections) -
شعری ثعالیہ مہیبل (Trichomonas Vaginalis) - اول اول ایم۔ اے ڈوننی
(M. A. Donné) نے ۱۸۳۳ء میں یہ اطلاع ہم پہنچائی کہ مہیبل کے ترشئی افزاؤں میں گاہے گاہے
ایک سوط دار خنزیریوائی (flagellated protozoan) موجود ہوتا ہے جس کو اس نے
”شعری ثعالیہ مہیبل“ (”Trico-Monas Vaginale“) سے موسوم کیا ہے۔ کئی سال
تک اس کو بے ضرر طبعی سمجھا گیا، لیکن حال ہی میں اس کے متعلق از سر نو دلچسپی پیدا ہو گئی ہے
کیونکہ کئی ایک مشاہدین نے اس پر دعویٰ کیا ہے کہ یہ طبعیہ یقیناً ممرض ہے اور اس سے ایک
بہت دشوار علاج مزمن التهاب مہیبل پیدا ہوتا ہے۔ گزشتہ دس سال میں

شعری ثعلبیتی التهاب مہیل (trichomonad vaginitis) کے متعلق یورپ اور امریکہ کے مشاہدین کی طرف سے بہت سی معلومات شائع ہوئی ہیں، اور اس امر کے متعلق ثبوت جمع ہو رہے ہیں کہ اس طفیلیہ کے جس کثرت سے پائے جانے کے متعلق جو خیال پہلے عام طور پر کیا جاتا تھا اسکی نسبت یہ زیادہ کثرت سے پایا جاتا ہے۔

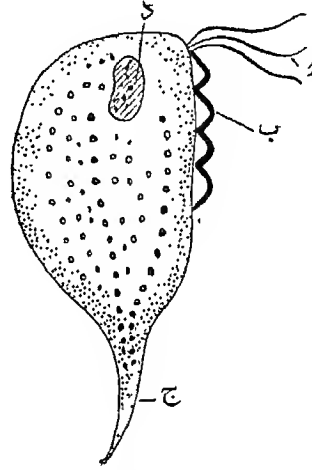
اگرچہ شعری ثعلبیہ (trichomonads) انسان اور ادنیٰ حیوانات کے منہ، اعضاء اور گلے کا ہے ان کے بولی خطہ میں بھی پائے جاتے ہیں لیکن وہ مخزویان جو انسانی مہیل میں پایا جاتا ہے نوعی ہے۔ یہ دوکی اشکل یا ناشپاتی ناعضویہ ہے جس کے مقدم سر سے پر آزاد سوط ہوتے ہیں، اور ایک موجی غشا (undulating membrane) ہوتی ہے جو وسط جسم کے قریب تک پہنچتی ہے۔ نیز ایک نوکدار زائدہ ہوتا ہے جو محور عماد (axostyle) کہلاتا ہے اور پیچھے کی طرف نکلا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۱۹۸ اور ۱۹۹)۔ اس کا اوسط طول ۰.۱۵ تا ۰.۲۵ ملی میٹر اور اوسط عرض ۰.۰۱۲ تا ۰.۰۱۳ ملی میٹر ہوتا ہے۔ شعری ثعلبیہ فعال طور پر متحرک ہوتے ہیں اور جب ان کا تازہ ”قطرہ آویزاں“ تجزیہ میں مشاہدہ کیا جاتا ہے تو یہ اپنے طویل محور پر گردش کرتے ہوئے اور آگے کی طرف جھٹکوں کے ساتھ حرکت کرتے ہوئے، اور بالکل قریب کے خلیات اور خلوی فواصل میں گھستے ہوئے دکھائی دیتے ہیں (دیکھو شکل ۱۹۹)۔ جب یہ مخزویان ہلاک ہو جاتا ہے تو اسکی شکل گول ہو جاتی ہے، اور اس کا مینہ منظر باقی نہیں رہتا، اور اس کو یہی خلیات سے باسانی تیز نہیں کیا جاسکتا۔ لینچ (Lynch) نے گوشت گاؤ کی بخنی (beef-broth) کو بطور وسیط استعمال کرنے سے اس کی کامیابی سے کاشت کی ہے، مگر جے۔ ایم اینڈریوز (J.M. Andrews) نے زیادہ بہتر نتائج حاصل کرنے کا دعویٰ کیا ہے۔ اس نے لوفر کا مصل خون (Löffler's blood-serum) استعمال کیا تھا جس کو سٹریٹ آمینٹہ محلول نمک سے مرقق کر لیا تھا اور اس میں انڈے کی البیومن کے ایک تناسب کا اضافہ کر دیا تھا۔

شعری ثعلبیتی التهاب مہیل (Trichomonad Vaginitis)۔

کلیگمین (Kleegman)، ایم۔ این۔ اینڈریوز (M.N. Andrews)، گرین ہل (Greenhill) اور دوسروں نے حال ہی میں ایک التهاب مہیل کے سرسری خواص کا ذکر کیا ہے جس کو شعری ثعلبیتی سرائت کے ساتھ منسوب کیا جاتا ہے۔ اس کی نمایاں ترین علامت ایک بدبودار اور خراش آور سیلاب (pruritis vulvae) ہے جس کے ساتھ عکۃ الفرج (pruritis vulvae) بھی

اکثر موجود ہوتا ہے۔ جماع مولم (dyspareunia) کی شکایت بالعموم پائی جاتی ہے، لیکن بولی علامات کم دیکھنے میں آتے ہیں۔ حاد التهاب فرج اکثر موجود ہوتا ہے، اور شفرٹن کے درمیان ایک ”کف دار“ سفید اور لمبی مواد پایا جاتا ہے اور رانوں کی اندرونی جانب پر التهاب جلد (dermatitis) موجود ہوتا ہے۔ مہیل کے مخاطیہ کا منظر ”اسٹابری“ کا سا ہوتا ہے، اور

چھوٹے پر اس سے خون بہنا شروع ہو جاتا ہے۔ گاہے گاہے عنق پر ایک خارج المرکزہ شکل پایا جاتا ہے، لیکن قتال عنق ماؤف نہیں ہوتی (کلیکسین)۔ مذکورہ سرورپی خاکہ کو جو قریبی مشابہت التهاب مہیل کی سوزاکی اور دوسری قسموں کے ساتھ ہے اس کو ان اصابت میں یاد رکھنا چاہئے جن میں نبقات سوزاک کے موجود ہونے کا شبہ ہو مگر ان کا مظاہرہ نہ کیا جاسکتا ہو۔



شکل ۱۹۸۔ شعری ثعلیق مہیلی

(Trichomonas Vaginalis)

جس کی بہت تکثیر کی گئی ہے۔ (ا)

سوط۔ (ب) موجی غشا۔ (ج) محور

عماد (axostyle) (د) نوات جس میں

نویسے ہیں۔

علاج - شعری ثعلیوں

(trichomonads) سے پیدا شدہ التهاب کا علاج کچھ ناقابل اطمینان ہے۔ فوری فائدہ آسانی سے ہو جاتا ہے لیکن مرض اکثر بار بار عود کرتا ہے۔ ایک اہم ترین معالجاتی تدبیر یہ ہے کہ ابتدا میں (بعد میں خواہ کوئی علاج اختیار کیا جائے) مہیلی اور فرجی مخاطیہ اور عجانی جلد پر

ایتھیریل گرین سوپ لینمنٹ (ethereal green-soap liniment) مل دیا جاتا ہے

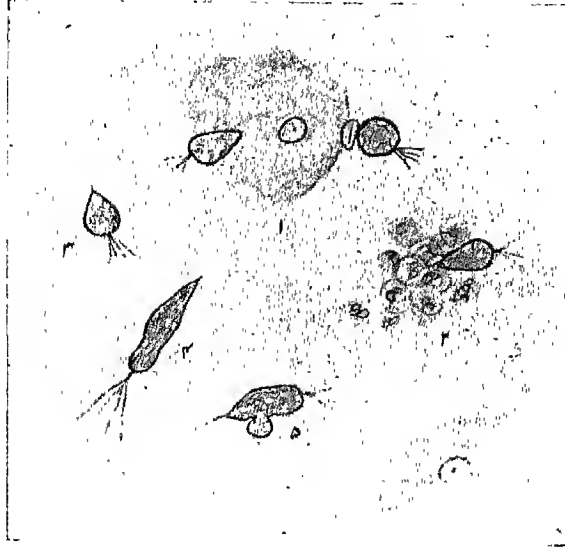
اس کے بعد اس رقبہ کو خشک کر لیا جاتا ہے اور اس پیکسل ریسازینول (hexylresorcinol)

یا پائیرو لیجنیس ایسڈ (piroligneous acid) یا مرکروکروم (mercurochrome) یا

سلور نائٹریٹ (silver nitrate) (۲ فیصدی) لگا دیا جاتا ہے۔ امریکہ کے بعض مصنفین

لیسار کے پیسٹ (Lassar's Paste) کی تعریف کرتے ہیں، لیکن چاسار مویر (Chassar Moir) نے

حال ہی میں مہیبل میں روزانہ پیکرک ایسڈ (picric acid) کے انی صدی محلول کا بڑا ایک حصہ سیرٹ اور تین حصہ پانی میں طیار کیا گیا ہو، طلا کرنے سے زیادہ قابل الطینان نتائج حاصل کئے ہیں۔ یہ علاج دو مہفتہ تک جاری رکھا جاتا ہے، اور اس کے بعد لیکٹک ایسڈ



شکل ۱۹۹ - شعری ثعلابیہ مہیبل (Trichomonas Vaginalis) - دو ٹونی (Donné) جیسا کہ یہ تر تہیز میں دکھائی دیتا ہے۔ ۱۔ دو عضوئے جن کو ایک سرطلی غلیبہ نے پکڑ لیا ہے۔ ۲۔ ربی غلیبات کے مجمع میں ایک عضو یہ۔ ۳۔ ناشپاتی غذا عضو یہ (یہ مثالی شکل ہے)۔ ۴۔ سیلپر کی شکل کا عضو یہ جو ایسی حالت میں دیکھتے میں آتا ہے جبکہ علاج نہ ہوا ہو۔ ۵۔ پائے کا ذب کا نگوں جو اکثر دیکھنے میں آتا ہے۔ شعری ثعلابیہ صرف اپنی میز حرکت ہی کی وجہ سے شناخت کئے جاتے ہیں، کیونکہ جب یہ ہلاک ہو جاتے ہیں تو ان کو ربی غلیبہ سے تمیز کرنا ناممکن ہوتا ہے۔ (From "Surgery, Gynaecology and

Obstetrics.")

(lactic acid) کے انی صدی محلول سے روزانہ نطول کیا جاتا ہے۔ اس مرض کے علاج کے لئے

مختلف محققین نے جن مطالبات حوامل کی تعریف کی ہے ان کا تنوع اس امر کا بین ثبوت ہے کہ اس عضویہ کی سرایت کا استیصال وقت طلب ہے۔ کلیک میں نے یہ رائے ظاہر کی ہے کہ مریضہ کو اس وقت تک شفا یا ب تصور نہیں کرنا چاہئے جب تک کہ وہ ہر قسم کا علاج موقوف کر دینے کے چار ماہ بعد بھی عضویات اور علامات سے مبرا نہ پائی جائے۔

ایک اور شخیروان (protozoon) ہے جس کا اندراج جاپان میں کیا گیا ہے، یہ بولی تناسلی امیبا (Amoeba Urogenitalis) ہے۔ اور گاہے گاہے یہ دوسرے مالک میں بھی پایا جاتا ہے۔ یہ بھگکتا ہوا اہبل سے مثانہ میں چلا جاتا ہے، اور ان صورت حالات میں ٹائسیس (tenesmus) اور دم بولیت (haematuria) پیدا کر دیتا ہے۔

بولی خطہ کی سرایتیں

329

التهاب مثانہ

(CYSTITIS)

بحث اسباب۔ التهاب مثانہ کے اسباب (۱) معدہ اور (ب) فتال ہیں۔ مثانہ عورتوں میں مردوں کی نسبت زیادہ آسانی سے سرایت زدہ ہو جاتا ہے۔

(۱) اسباب معدہ یہ ہیں۔ آلات (قاسطیر) کا ادخال، مثانہ میں اجسام غریبہ مثلاً پتھری یا بالوں کے پن وغیرہ کا وجود، مثانہ کی نو بالیدیں، احتباس بول جو شلل سے پیدا ہوا ہو اور یا پس گردہ حامل رحم یا کسی حوضی سلحہ سے پیدا شدہ تسدوسے واقع ہوا ہو، سردی لگ جانا، اور بالآخر ضربہ مثلاً وہ نضر جو علیہ کے دوران میں پہنچا ہوا یا حوض کا کسر۔

(ب) فتال اسباب جراثیم ہیں جو مثانہ میں (۱) مبال (۲) قرب و جوار کے اعضا، اور (۳) جوئے خون کے ذریعہ سے پہنچتے ہیں۔ مبال یا صغودی سرایت کی مثالیں مندرجہ ذیل ہیں۔ (۱) قاسطیر کے داخل کرنے کے دوران میں بلا واسطہ سرایت، (ب) جراثیم جو خطہ مبرز سے مبال کی دہنہ تک منتقل ہو جاتے ہیں (عصیہ قولون: B. coli)، (ج) مبال کی بلا واسطہ سرایت جو سوزاک میں واقع ہوتی ہے۔ سرایت مثانہ کے لئے عام ترین راستہ مبال ہے۔ قرب و جوار کے اعضا سے سرایت پہنچنے کی مثالیں یہ ہیں (۱) ناسوری فتحات جو

معائے متقیم یا قولون، جرم اور مہل سے متعلق ہوں اور شاید طور پر ثنابق دروں رحمی میضی و ویر سے۔
 (ب) معائے متقیم یا حوضی خلوی بافت سے عروق لف کے ذریعہ سے توسیع (نزد رحمی
 التهاب: parametritis)۔ (ج) باریطون سے بلا واسطہ سرائت (حوضی التهاب باریطون)۔
 (د) غالب اور گردہ سے بلا واسطہ سرائت۔ موخر الذکر کو نزولی سرائت کہا جاتا ہے۔ سرائت
 پیدا کرنے والے عضو یہی قسم کو سرائت کے راستہ کو متعین کرنے میں بہت دخل حاصل ہے۔
 نباتات عنیبیہ (staphylococci) مثانہ کو مہال میں سے اوپر چڑھ کر سرائت زدہ کرتے ہیں۔
 عورت میں مثانہ کے بیشتر تدریجی ضررات ایسے گردہ سے پیشاب کے خارج ہونے سے رونما ہوتے
 ہیں جو جوئے خون کے ذریعہ سے سرائت زدہ ہو گیا ہو۔ قولونی عنیبیہ (colon bacillus) مہال
 میں سے اوپر چڑھنے سے مثانی اور کلوی ہر دو سرائتیں پیدا کر سکتا ہے اور یا یہ پہلے بذریعہ
 خون گردہ کو سرائت زدہ بنا دیتا ہے جس سے التهاب حوض گردہ (pyelitis) پیدا ہو جاتا ہے
 اور پھر مثانہ کی طرف اتر آتا ہے۔ ریم زانبات (cocci) اور کثیر الاشکال گردہ (proteus
 group) پر بھی یہی صادق آتا ہے۔ سرائت کے ان دو ٹرے مسعودی اور نزولی راستوں کا
 اضافی توازن معلوم نہیں، لیکن اس امر میں کوئی شبہ نہیں کہ مزاوت و اراشفاف مسعودی سرائت
 زیادہ عام ہے۔ یہ ایک عام مشاہدہ ہے کہ التهاب مثانہ کے تقریباً تمام اصحابان جو وارڈوں
 میں دیکھے گئے ہیں پس عملیتی ہوتے ہیں اور ان میں مرض بار بار قاسطیر گزارنے سے
 پیدا ہوتا ہے۔

وہ اہم ترین عضوینے جو بولی گردہ گاہوں میں سرائت پیدا کرتے ہیں یہ ہیں۔ عنیبیہ
 قولون (colon bacillus)، عنیبیہ محرقہ (typhoid bacillus)، بنیقہ عنیبیہ ذہبی
 (staphylococcus aureus)، بنیقہ عنیبیہ ابیض (staphylococcus albus)،
 بنیقہ سبجیہ (streptococcus)، بنیقہ سوزاک (gonococcus)، عنیبیہ کثیر الاشکال
 (bacillus proteus)، عنیبیہ تدرلن (bacillus tuberculosus)، عنیبیہ ریم ازرق
 (bacillus pyocyaneus)، لہارزیہ (bilharzia)۔ ان میں سے عام ترین عمومی قولونی
 عنیبیہ (bacillus coli communis) ہے اور اس کے بعد جو عنیبیہ سب سے زیادہ

کثرت کے ساتھ پایا جاتا ہے وہ عصیہ تدرن ہے (ای۔ شا: E. Shaw)۔ وہ عام متراجبات جن سے مخلوط سرائتیں پیدا ہوتی ہیں (ا) عصیہ قولون اور بنقات عنبیہ (ب) عصیہ قولون اور بنقات سبجیہ (ج) عصیہ قولون بنقات عنبیہ اور بنقات سبجیہ ہیں۔ دوسرا عام متراج عصیہ تدرن (bacillus tuberculosus) اور بنقات عنبیہ کا ہے۔ مخلوط سرائتوں کا عام طور پر یہ مطلب ہوتا ہے کہ ثانوی عضو پر بذریعہ آلات پہنچا ہے۔

عصیات تدرن اور بنقات سوزاک کی شناخت ان غلوں کی تلوین سے کی جاتی ہے جو منخوض مطروح (centrifugalized deposit) سے طیار کی جاتی ہیں۔ دوسرے عضویوں کی شناخت کے لئے کاشتہ طریقوں سے کام لیا جاتا ہے۔ عضویہ کی مرضیت کا اندازہ بعض اوقات حیوانات میں تطبیقات کرنے سے کیا جاتا ہے، لہذا کہ تدرن ہیں۔

یہ امر بالعموم متفقہ طور پر تسلیم کیا جاتا ہے کہ التهاب مثانہ کی پیدائش کے لئے دو اسباب کا وجود لازم ہے۔ یعنی ایک ساری عضویہ کا، اور دوسرے نقصر کا جو خواہ حقیقی ضربہ کی شکل میں ہو یا ناقص قوت مدافعت کی شکل میں پایا جائے۔ اکیلے خرد عضویہ التهاب مثانہ پیدا نہیں کرتے، اور یہ امر مثانہ میں جراثیم کی بڑی بڑی مقداروں کا اشتراک کرنے سے جس سے اسے کوئی ضرر نہیں پہنچا ثابت کیا جا چکا ہے۔ مزید براں التهاب مثانہ کلوی سرائت کے ساتھ ہرگز ہمیشہ نہیں پایا جاتا۔ اسی طرح اکیلے ضربہ سے جو دوران ولادت میں یا آلات جراحی سے پیدا ہو التهاب مثانہ ہرگز پیدا نہیں ہوگا، لیکن اگر ضربہ شدید یا متکرر الوقوع ہو تو عضویہ معاً یا مہال سے اور نیز دوران خون سے بھی آکر زود یا بد براپنا مسکن تلاش کر لینگے اور عمل سرائت شروع کر دینگے، لہذا یہی وجہ ہے کہ بار بار قاسا طیر گزارنے سے التهاب مثانہ بہت کثرت سے پیدا ہوتا ہے۔ التهاب مثانہ کا سبب معده ہونے کی حیثیت سے ضربہ میں جو اثر ہے، وہ سہجن کے مشاہدہ میں اس وقت آتا ہے جبکہ وہ رحم برآری کا علیہ (جو بالخصوص سرطان کیلئے ہو) سر انجام دیتا ہے۔ جن حالتوں میں مثانہ کو سرطان زدہ عنق سے بذریعہ نقطیہ علیہ کرنے میں وقت پیش آئی ہو ان میں اس عضو کا قاعدہ کو فتنہ اور انصباب خون سے درپختہ ہو جاتا ہے، اور یہ اکثر اوقات دیکھا گیا ہے کہ صرف چند ہی مرتبہ قاسا طیر گزارنے کے بعد شدید التهاب مثانہ پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ عضویوں کے داخل ہونے کے راستوں میں سے صحودی راستہ سب سے زیادہ اہم ہے۔

التهاب مثانہ کے جملہ اصابات میں ایک مفصل جزئیاتی امتحان کرنا چاہئے (بالخصوص جبکہ سرائت علاج سے فوراً اثر پذیر نہ ہو) کیونکہ ساری عضویہ کی شناخت کرنے سے یہ پتہ چل جاتا ہے کہ خود اوجدرین (autogenous vaccine) سے علاج کرنا مناسب ہے یا نہیں۔

احراضیات - حاد التهاب مثانہ کے مناظر کا مطالعہ مثانہ بینی (cystoscopy) کے ذریعہ سے کیا جاسکتا ہے۔ تمام مخاطیہ سرخ اور تورم ہوتا ہے، شتادار متسع عروق نمایاں ہوتے ہیں، اور بعض اوقات کدمات (ecchymoses) بھی دکھائی دیتے ہیں۔ ضرر سرحد سے شروع ہوتا ہے اور سخت مخاطیہ تک پہنچ جاتا ہے، لیکن عضلہ اور گرد مثانی بافتیں ماؤف نہیں ہوتیں خودین سے امتحان کرنے پر عروق خون متسع دکھائی دیتے ہیں اور مخاطیہ کی بافتیں کثیر الاشکال نواتی سفید خیلوں (polymorphonuclear leucocytes) سے اور شائد مصلی خیلوں سے بھی درپختہ ہوتی ہیں۔ بعد ازیں عروق خون میں نکش و واقع ہوتا ہوا نظر آتا ہے، اور سفید کروں کے مجمع ہو جانے سے ایسے مراکز بن جاتے ہیں جن سے چھوٹے چھوٹے خراج بن جاتے ہیں۔ ان تغیرات کے باوجود مخاطیہ سخت مخاطیہ سے شاذ و نادر ہی مضغ ہوتا ہے۔ حاد التهاب مثانہ میں بہت کم سرحد مصلع ہوتا ہے، اور خاصکر عضلی بیشیش پرورش کبھی واقع نہیں ہوتی۔

مزمن التهاب مثانہ کے ضررات میں ایک نمایاں تنوع پایا جاتا ہے۔ ان معمولی تغیرات کے علاوہ جو مخاطیہ کے مزمن التهاب میں پائے جاتے ہیں عضلی طبقات میں بہت دبازت واقع ہو جاتی ہے، اور نمایاں سہکیں پیدا ہو جاتی ہیں۔ ہزالی التهاب مثانہ (tabetic cystitis) میں مثانہ متورم ہو جاتا ہے لیکن مزمن التهاب مثانہ کی غیر پیچیدہ حالتوں میں مثانہ کی گنجائش کم ہو جاتی ہے۔ اسکی تمام دیوار دبیز ہوتی ہے اور مخاطیہ سلیمی رنگت کا ہوتا ہے، اور اس پر کہیں کہیں سرخ نشانات پائے جاتے ہیں۔ اس کی سطح ہموار اور مخملین ہونے کی بجائے چرمی اور دانہ دار ہو جاتی ہے۔ اس میں موٹے موٹے شگن پیدا ہو جاتے ہیں، اور اس پر قروح اور ایکی بافت کے رقبہ جات دکھائی دیتے ہیں۔ بعض اوقات بیاضی سطحیت کے قطعات (leucoplakic patches) بھی موجود ہوتے ہیں، اور سہکوں کے درمیان حقیقی دورے بھی بن جاتے ہیں۔

اگر خردین سے دیکھا جائے تو سطحی سرحد کا کچھ حصہ غائب ہوتا ہے، اور کثیر الاشکال نواتی سفید خیلے اور مصلی خیلے باغراط پائے جاتے ہیں۔ عضلہ کے بہت سے حصے کی بجائے یعنی فٹ پیدا ہو جاتی ہے اور گرد مثانی بافتوں میں یعنی شحم سلسلی (fibrolipomatous) تغیر نمودار

ہو جاتا ہے جس سے اس عضو کی دیوار بہت موٹی ہو جاتی ہے۔ بیاضی سطحیتی رقبہ میں قرفی سرعلہ کی بہت سی تھیں دکھائی دیتی ہیں جو ندبی بافت کے اوپر واقع ہوتی ہیں۔ مزمن التهاب مثانہ میں سرعلہ کی روش عجیب ہوتی ہے۔ یہ سخت مخاطیہ میں برزخی سرعلہ کے سطوس غنوں کی شکل میں گھس جاتا ہے۔ یہ غنچے مراکز پر متکسر ہو جاتے ہیں اور چھوٹے چھوٹے دیوروں کی شکل میں تبدیل ہو جاتے ہیں جن کی جسامت البین کے سر سے لیکر قطر کے دانہ تک ہوتی ہے۔ ان دیوروں کی سختگی سے چھوٹی چھوٹی جیبیں بن جاتی ہیں جن میں فاسفورسی مطروحات جمع ہو جاتے ہیں۔ بعض اوقات اس کے بعد وسیع تقرج پیدا ہو جاتا ہے اور مزید تجلیب (incrustation) واقع ہو جاتا ہے جس سے نام نہاد ”تختی منخرہ دار مثانہ“ (stalagmite bladder) بن جاتا ہے۔ مزمن التهاب مثانہ میں مخاطی سرعلہ میں ایک اور امراضیاتی خاصہ پایا جاتا ہے جو بہت نمایاں ہوتا ہے اور وہ یہ ہے کہ اس میں کاذب غدود (pseudo-glands) بن جاتے ہیں جو امعاء کے جرابات لیبر کوہن (Lieberkuhn's follicles) کے مشابہ ہوتے ہیں۔ شاخدار غدود کے ٹکون کا عمل اس عمل کے مشابہ ہے جو مزمن التهاب انوبہ میں غلوپی ملی کی عضلی دیوار میں دیکھا جاتا ہے۔ خاص کر جب کہ یہ التهاب تدریجی ہو (دیکھو شکل ۸۹ صفحہ 815)۔ مزید برآں یہ عمل اس الکٹابی ناکل کے ٹکون کے دوران میں بھی دیکھا گیا ہے جو التهاب عنق کے بعد رونما ہوتا ہے (دیکھو صفحہ 425)۔ دیوار ہائے مثانہ میں اس قسم کے غدی ٹکون کی اہمیت یہ ہے کہ ان کا کاذب جرابات میں سرطان کے منو پانے کا احتمال ہوتا ہے اور ان کی موجودگی سے مثانہ کے غدی سرطان کے وقوع کی معقول توجیہ ہوتی ہے۔

علامات۔ التهاب مثانہ کے امتیازی علامات تواتر بتول کی زیادتی، درد، عسر البول، مقامی الیمیت، شکم کے حصہ زیرین میں دباؤ کا احساس یا جزقی احساس اور کدورت بول ہیں۔

حاد التهاب مثانہ کی ابتدائے کے ایک شدید حملہ سے ہوتی ہے۔ شدید ترین اصیبات میں ممکن ہے کہ قشریرہ بھی ہو جائے۔ تپش ۱۰۱ یا ۱۰۲ یا ۱۰۳ ف تک بڑھ جاتی ہے اور مریض اپنے آپ کو بہت علیل محسوس کرتی ہے۔ اور زیر معده میں ایک شدید قصری درد (forcing pain) کی شکایت کرتی ہے جو پھیل کر کمر تک جاتا ہے۔ درد کے ساتھ زیر معده رقبہ میں الیمیت بھی پائی جاتی۔ مثانہ کی خراش پذیری جلد ہی بہت تکلیف دہ

ہو جاتی ہے، اور پیشاب تھوڑی تھوڑی مقدار میں آتا ہے اور اس کے ساتھ تشنجی قسم کا شدید درد بھی پایا جاتا ہے (ضیق البول: strangury)۔ دن رات یہی حالت رہتی ہے، اور مرہضہ سو نہیں سکتی۔ نبض و قعۃ تیز ہو جاتی ہے، اور ارتقاع پیشبش جاری رہتا ہے۔ مناسب علاج سے شدید علامات بتدریج زائل ہو جاتے ہیں، لیکن تپ کے اتر جانے کے بعد پیشاب بعض اوقات ایک طویل عرصہ تک در دے اور بار بار آتا رہتا ہے۔ التهاب مثانہ کے حاد درجہ میں پیشاب ریوی اور سرحلی غلیظ اور خون کے جیسوں کے موجود ہونے سے مکدر ہو جاتا ہے۔ موخر الذکر بعض اوقات اتنی تعداد میں موجود ہوتے ہیں کہ یا تو پیشاب دھنبل ہو جاتا ہے، اور یا یہ مطروح میں سرخ حلقہ کی شکل میں بیٹھ جاتے ہیں، جو اس حالت میں بن جاتا ہے جبکہ پیشاب کو محدود ملی شیشہ میں پڑا رہنے دیا جائے۔ نسوانی التهاب مثانہ کے اکثر اصابت میں پیشاب کا تعامل ترشٹی یا تعدلی ہوتا ہے۔ قوی امونیاکی التهاب مثانہ عورتوں میں صرف اس وقت دیکھنے میں آتا ہے جبکہ مخاطیہ میں کسی وجہ سے افشائ پیدا ہو گیا ہو۔ البیومن کی مقدار پینپ اور خون کی موجود مقدار کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔ اگر حاد علامات کے زائل ہو جانے کے بعد بھی پیپ کا کوئی بڑا شائبہ باقی رہ جائے تو یہ گردہ کے مآؤف ہو جانے پر دلالت کرتا ہے۔ حاد التهاب مثانہ میں شمار خون طبعی ہوتا ہے، یعنی کثرت خلیات ابيض (leucocytosis) نہیں پائی جاتی۔

حاد التهاب مثانہ سے پوری طرح شفا بھی ہو سکتی ہے، اور یہ مزمن شکل میں بھی تبدیل ہو سکتا ہے۔ حاد التهاب مثانہ اس لئے خطرناک ہوتا ہے کہ (ا) اس سے مکمل شفا بمشکل حاصل ہوتی ہے، اور (ب) حاملین کے ساتھ ساتھ صعودی سرائت کے گردوں تک پہنچ جانے کا بھی خطرہ ہوتا ہے۔ موخر الذکر خوش منتمی سے حاد التهاب مثانہ کی بہت قلیل الوق پیچیدگی ہے۔

جب التهاب مثانہ مزمن درجہ میں پہنچ جاتا ہے تو تو اترتبول کی زیادتی کے علاوہ جملہ علامات رفع ہو جاتے ہیں، اور بعض اوقات یہ علامت بھی غائب ہو جاتی ہے لیکن یہ ممکن ہے کہ علامات کے زائل ہو جانے کے بہت دیر بعد بھی عضو پئے پیشاب میں کثرت موجود ہوں۔ حال ہی میں ایک مرہضہ شفا خانہ میں بارہ ہفتہ تک ہمارے زیر نگرانی رہی۔ اس کے اپنے آپ کو بالکل تندرست محسوس کرنے کے دو ماہ بعد اس کے پیشاب سے عمومی قولونی عصیہ (bacillus coli communis) کی ایک مفرط کاشت حاصل کی گئی، درآں حالیکہ اس کا علاج ادویہ

آبیاری اور خود اذبدیروں سے باقاعدہ طور پر کیا گیا تھا۔
 سخت الحاد التهاب مثانہ میں تنہول کا تواتر گونام کم ہوتا ہے لیکن پھر بھی نمایاں ہوتا ہے۔ اور بعض حالتوں میں رات کے وقت یہ درحقیقت اس قدر تکلیف دہ ہوتا ہے کہ بخوابی کی وجہ سے مریضہ کی قوت تحلیل ہو جاتی ہے۔ شدید ترین اصابت میں مثانہ میں ایک مستقل شغبی حالت واقع ہو جاتی ہے جس سے پیشاب قطرہ قطرہ ٹپکتا رہتا ہے۔ یہ حالت ابتدا میں سلس البول کی سادہ قسموں سے الگ شناخت نہیں کی جاسکتی۔ ابتدائے مرض میں بعض اوقات پیسپ کی مقدار کم ہوتی ہے، اور یہ درحقیقت اتنی کم ہوتی ہے کہ چوبیس گھنٹہ کے نمونہ میں یہ صرف مخصوص مطروح ہی میں پائی جاسکتی ہے۔ سلسلہ مرض کے جاری رہنے کے ساتھ ساتھ پیسپ بڑھتی جاتی ہے حتیٰ کہ پیسپ، مخاط اور سرعلی فوائل کا ایک بھاری مطروح بننا شروع ہو جاتا ہے۔

تشخیص۔ حاد التهاب مثانہ حمل اور زمانہ نفاس میں، عیلموں کے بعد اور حاد سوزاکی سرائت کے مریضوں میں دیکھنے میں آتا ہے۔ جب زمانہ نفاس میں باکسی عمل کے بعد قاسطیر کے گزارنے کے بعد شدید علامات رونما ہوں تو ملتهب مثانہ کی تشخیص مشکل نہیں ہوتی۔ مقامی درد اور الیمیت، تواتر تنہول کی زیادتی اور اس کے ساتھ درد کا احساس اور پیشاب کے متغیر خواص التهاب مثانہ کے صریح دلائل ہیں۔ سوزاکی سرائت میں متورم منصفہ اور قیچی رچی مواد مع انکشاف بنقہ سوزاک تشخیص کیلئے کافی ہوں گے۔ حاد التهاب مثانہ میں مثانہ بین سے امتحان کرنا مناسب نہیں کیونکہ اس سے مزید ضررہ کے پیدا ہونے کا اندیشہ ہوتا ہے۔ لہذا ہمارے لئے یہ ضروری ہے کہ ہم ایسی شہادت پر ہی قانع رہیں جو سرری طور پر ماحصل کی جائے اور یہ شہادت پیشاب کے خلویاتی (cytological) اور جراثیمیاتی امتحان کے ساتھ ملکر تمام عملی مقاصد کے لئے کافی ہوتی ہے۔

مرمن التهاب مثانہ میں اکثر اوقات بذریعہ مثانہ بین امتحان کرنا ضروری ہوتا ہے۔ اس مقصد کے لئے عمومی معدم جس کا استعمال بہتر ہوتا ہے، گویہ بھی صحیح ہے کہ مثانہ بین بعض اوقات صرف مبالغہ کو کوکین لگانے سے انجام دی گئی ہے۔ اس طریقہ عمل کے بیان کیلئے مابعد علم کو کوئی ایسی درسی کتاب دیکھنا چاہئے جو بولی خطہ کی جراحی پر لکھی گئی ہو مثانہ بین سے امتحان کرنے سے اس امر کا انکشاف ہوا ہے کہ عورت میں مثانہ کا مرمن التهاب مخاطی سطح پر

یکساں طور پر منقسم نہیں ہوتا، بلکہ مختص المقام ماسکات یا قروح کی شکل میں موجود ہوتا ہے۔ بے قاعدہ سرخ رقبہ دکھائی دیتے ہیں جو گول یا کنگرہ دار ہوتے ہیں یا بعض اوقات سرائت سے منشآت (papillae) پیدا ہو جاتے ہیں جن میں تقرح کے چھوٹے چھوٹے رقبہ جات موجود ہوتے ہیں۔ اس قسم کے سرائت بہت تکلیف دہ نزع کا باعث ہوتے ہیں اور بہت آہستہ مندل ہوتے ہیں جب کوئی متقرح رقبہ مندل ہو جاتا ہے تو یہ منقبض ہو جاتا ہے اور ایک خط مایا منشع مذہب باقی رہ جاتا ہے سابقہ قرح کا خط نمائشان منجلی شکل جید کی شکل میں اوپر اٹھ آتا ہے اور مثانہ کو عینی خانوں میں تقسیم کر دیتا ہے اور اس طرح مثانہ کا پھیلاؤ خطرناک حد تک کم ہو جاتا ہے۔ اور جب خط نما قرح مندل ہو جاتا ہے تو یہ ایک زردی مائل سفید لکیر کی شکل کا دکھائی دیتا ہے جو ایک سرخ منطقہ کے مرکز میں واقع ہوتی ہے۔

تقریریاتی تشخیص۔ التهاب مثانہ اور ایک اور حالت میں جو خراش پذیر مثانہ کے نام سے موسوم ہے فرق کو نا ضروری ہے۔ موزر الذکر حالت میں تو اتر بتول زیادہ ہو جاتا ہے اور مثانہ کے قاعدہ پر الہیت موجود ہوتی ہے۔ یہ علامات مثلث (trigone) کی امیٹس ذویت کے ساتھ پائے جاتے ہیں اور ان عورتوں میں قلیل الوقوع نہیں ہیں جن میں زمانہ انقطاع الطمث شروع ہو جاتا ہے یا شروع ہونے کے قریب ہوتا ہے۔ مثانہ میں سے امتحان کرنے پر کوئی التهابی رقبہ دکھائی نہیں دیتا اور پیشاب میں پیپ نہیں ہوتی۔ اسی طرح عصبہ بولیت (bacillurea) میں کوئی مقامی ضرر موجود نہیں ہوتا، کیونکہ جیسا کہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے التهاب مثانہ کے علامات کے رفع ہو جانے کے دیر بعد تک خرد عضویئے پیشاب میں بکثرت پائے جاتے ہیں۔ اگر سادہ عصبہ بولیت کی مستمر حالت میں مثانہ میں سے مثانہ کا امتحان کیا جائے تو التهاب کے مذکورہ بالا امارات میں سے کوئی ایک امارت بھی موجود نہ ہوگی۔ تو اتر بتول کی زیادتی کے ہر ایک اصابعہ میں خواہ وہ کسی سبب سے رونما ہوا ہو مثلاً جب کہ یہ حمل کے ابتدائی اور متاخر مہینوں میں ظاہر ہوا ہو یا جب کہ یہ حوضی سلحوں کے دباؤ سے پیدا ہوا ہو یا پیشاب کا مکمل امتحان کرنا چاہئے تاکہ التهاب مثانہ کے امکان کو خارج از بحث قرار دیا جاسکے۔

آخر میں یہ ضروری ہے کہ التهاب مثانہ کی تشخیص کو مکمل تصور نہ کیا جائے تا وقتیکہ سرائتی عضویہ کی تقرید نہ کر لی جائے۔ اس امر کے متعلق یہاں ایک عملی ہدایت تحریر کی جاسکتی ہے اور وہ یہ ہے کہ ایسے مستمر تشری نفع البول کے جس میں پیپ بنموزی مقدار میں

آتی ہو اور جس کے ساتھ خفیف سا بخار بھی موجود ہو تدریجی ہونے کا امکان ہوتا ہے۔
 حاد التهاب مثانہ کا علاج - مریضہ کو مرض کا حاد درجہ گزر جائے تک ضرور
 بستری میں آرام کرنا چاہئے۔ ابتدا میں درد کو تسکین دینے کے لئے بعض اوقات افیون کے زیر جلدی
 اشرب کی بھی ضرورت ہوتی ہے۔ قلعوی معدنی پانی (alkaline mineral water) بکثرت
 پلانا چاہئے۔ بلسان کو پیسا (balsam of copaiba) اور روغن صندل کو کیسوں (capsules)
 میں دینے سے سوزاکی التهاب مثانہ کو فائدہ ہوتا ہے۔

ہیکسائین (hexamine) "یوروتروپین" (Urotropine) کا استعمال جس کے
 دس منٹ بعد ایسڈ فاسفیٹ آف سوڈا یا سوڈیم بنٹروئیٹ کا کسچر دیا جاتا ہے مدت مرض
 کے کم کرنے میں مدد دیتا ہے۔ محفوظ الحقوق تجھیر ڈاکٹر وکال ("Caprokol") (ہیکسل
 ریسارسینال: hexyl-resorcinol) بھی اس مرض میں مفید ثابت ہوتی ہے۔ اس کی
 مقدار خوراک ۲ نا۔ اگرین دن میں تین مرتبہ ہے۔ اس کے استعمال کے دوران میں سوڈیم
 بائی کاربونیٹ کے استعمال سے اور سیالات کی بہت زیادہ مقدار پینے سے احتراز کرنا چاہئے۔
 ان دونوں سے پیشاب کے سطحی تناؤ میں اضافہ ہوتا ہے اور اس مرکب کے جراثیم کش فعل میں رکاوٹ
 پیدا ہوتی ہے۔ اگر مثانہ بہت زیادہ ابھم نہ ہو تو لوک ایسڈ یا پور گلیسرئڈ (boroglyceride)
 کے نیم گرم محلول سے اس کی آبیاری دن میں دو مرتبہ کی جاسکتی ہے اور اس کے اختتام پر پروٹارجن
 (protargen) (ایلیومینیفٹ آف سلور: albuminate of silver) کے اتا۔ افیضی
 محلول (سب برواشت) کی ایک چائے کا چمچ بھر مقدار کا اشرب کر دینا چاہئے۔ اور اگر
 التهاب مثانہ رخص نہ ہو تو علاج بالجد رین اختیار کرنا چاہئے۔ چند اصابت میں یہ ضروری ہوتا ہے کہ
 مثانہ کی مسیبت مہل میں شکاف دیکر کھجائے۔

مزمن التهاب مثانہ کا علاج - مزمن التهاب مثانہ کا علاج شروع کرنے سے
 پیشتر سرائت کے کسی قلعوی منج کے موجود ہونے کے امکان پر غور کر لینا چاہئے اور مثانہ بین کے
 ٹوریم سے امتحان کرنے سے اس کا تفسیقہ کر لینا چاہئے۔ اگر نزولی سرائت خارج از بحث
 قرار دی جاسکتی ہو تو مثانہ کا علاج (۱) عمومی اور (ب) مقامی طریقوں پر کیا جاسکتا ہے۔
 دوا کا اندرونی استعمال (۱) درد کو تسکین دینے اور (ب) حملہ آور جراثیم کو
 تباہ کرنے کے لئے کیا جاتا ہے۔ تجھیزات افیون (مارفیا، کوڈین اور ہیروئین) کا ہرگز استعمال

ذکر نایا جائے۔ بہترین سنگن ۲۰ گرین سٹریٹ آف پوٹاشیم (citrate of potassium) اور ۱/۲ ڈرام ٹنگچر آف ہائیوسائیمس (tincture of hyocyamus) کا آمیزہ ہے جس میں انفیوژن آف بوکو (Infusion of buchu) بھی شامل ہو۔ عضویوں کو نباہ کرنے کے لئے کوئی دوا اتنی موثر نہیں جتنے کہ ہیکسامین (hexamin) اور ہیکسل ریسارسینال (hexyl-resorcinol) ہیں۔ ہیکسامین کی موثریت کا انحصار پیشاب میں فارمیلڈیہائیڈ (formaldehyde) کے آزاد ہونے پر ہے۔ اور یہ تعامل صرف ترشٹی پیشاب ہی میں ظاہر ہوتا ہے۔ اس کے علاوہ ایسڈ سوڈیم فاسفیٹ (acid sodium phosphate) بھی دینا چاہئے جیسا کہ پہلے مذکور ہو چکا ہے۔ ان دونوں دواؤں کو ملا کر فرص طیار کئے گئے ہیں جو دوا فروشنوں کے ہاں مختلف ناموں سے فروخت کئے جاتے ہیں، لیکن ہم ان کے علیحدہ علیحدہ تجویز کرنے کو ترجیح دیتے ہیں۔ اگر گرین ہیکسامین دیتے کے ۲۰ منٹ بعد ۲۰ گرین ایسڈ سوڈیم فاسفیٹ، ٹنگچر آف ہائیوسائیمس اور انفیوژن آف بوکو کا آمیزہ دیا جاتا ہے۔ سرانجی عضویہ کے معلوم کرنے سے علاج میں مدد ملتی ہے۔ مثلاً جب تدریعیات (tubercle bacilli) پائے جائیں تو ابتدائی ضرر کردہ میں موجود ہوگا، اور اس کے لئے جراحی علاج کی ضرورت ہوگی۔ بنقبات سوزاک (gonococci) کو بیبا (copaiba) اور چوب صندل (sandal wood) اور قلبیات کی بڑی بڑی خوراکوں کے استعمال کی ضرورت ظاہر کرتے ہیں۔ عضویوں کا قوت لونی نما گروہ (coliform group) ہیکسامین (hexamine) کی بڑی بڑی خوراکوں کی ضرورت کو ظاہر کرتا ہے، یعنی ۱۰ یا ۱۵ یا ۲۰ گرین کی مقداریں دن میں تین مرتبہ دی جائیں۔ اور اس کے بعد ایسڈ سوڈیم فاسفیٹ کا استعمال کیا جائے جیسا کہ اوپر ذکر کیا جا چکا ہے۔ اگر دفتجیر یا کا عضویہ (diphtheria bacillus) موجود ہو تو یہ ضد سم (antitoxin) کی ضرورت کو ظاہر کرتا ہے۔ اگر قلیوی پیشاب میں عضویوں کا کثیر الاشکال گروہ (proteus group) موجود ہو تو ہینز وٹک ایسڈ (benzoic acid) کی ۱۰ تا ۱۵ گرین کی خوراکوں سے اس کو ترشٹی بنانا اور جب پیشاب ترش بن جائے تو اس کے بعد ہیکسامین کا استعمال کرنا ضروری ہوتا ہے۔ بنقبات مخنیض بنقبات سببیہ سے پیدا شدہ التهاب مثانہ بھی موخر الذکر دوا کے استعمال کی ضرورت کو ظاہر کرتا ہے۔

مقامی علاج (۱) آبیاری (ب) انطار (instillation) (ج) موضعی اطبات

اور (د) مسیلت پر مشتمل ہے۔

(ا) اگر پیشاب ترش ہو تو مثانہ کو بوریکس (borax) کے محلول سے صاف کر دینا چاہئے جسکی طاقت ۵. آف کے ایک بائٹ نیم گرم پانی میں چائے کا ایک چمچہ بھر ہو۔ پیشاب کے قوی ہونے کی حالت میں بورک ایسڈ کے گرم محلول کا استعمال کرنا چاہئے۔ اس امر کے متعلق ضرور احتیاط کرنا چاہئے کہ مثانہ میں ہوانہ داخل ہوئے دی جائے، کیونکہ اس سے تکلیف ہوتی ہے۔ پہلی آبیاری کے بعد قیف کو باری باری سے اوپر نیچے کرنے سے اسی محلول کو مثانہ میں دو یا تین دفعہ داخل کیا جاسکتا ہے اور باہر نکالا جاسکتا ہے۔ یہ علاج دن میں دو مرتبہ کرنا چاہئے۔ بہت مزین اصابات میں مثانہ میں کئی اونٹ سیال کی گنجائش نہیں ہوتی لیکن صبر و تحمل سے اس عضو کو بتدریج اتنا منہمک کیا جاسکتا ہے کہ پہلے کی نسبت اس میں دس گنا سیال سما جاتا ہے۔ مثانہ کی قوت برداشت کی تائید کے لئے کوکین (cocaine) کے انی صدی محلول کا اشراب آبیاری شروع کرنے سے پانچ منٹ پیشتر کیا جاسکتا ہے۔

(ب) اقطار (instillation) مثانہ میں سیال کا اشراب کرنے اور اسے وہاں چھوڑ دینے پر مشتمل ہے۔ اس کا استعمال آبیاری کے فوراً بعد کرنا چاہئے۔ اس مقصد کے لئے بہترین تجویزات سلور نائٹریٹ (silver nitrate) ... اس میں 'ا' اور پروٹارجن (protargen) کا ۲ تا ۱۰ فیصدی محلول اور 'مرکیوروکروم' ("Merurochrome") ہیں۔ چائے کے ایک یا دو چمچہ بھر مقدار کا اشراب شبثہ کے قاسطیر کے ذریعہ سے کر دیا جاتا ہے جسکے ساتھ ایک ریجک بصلہ (rubber-bulb) جس میں اشراب کرنے کا سیال ہوتا ہے لگا ہوتا ہے۔ مزین التهاب مثانہ کے کئی ایک مریضوں کو آبیاری، تمدد اور افطار کے متحدہ علاج سے شفا حاصل ہوئی ہے۔

(ج) موضعی علاج رقبہ ماؤف پر کسی دوا کے براہ راست لگانے پر مشتمل ہے۔ ایسے رقبہ کے حدود دوا لگانے سے قبل مثانہ بن سے متعین کر لئے جاتے ہیں اور یہ دیکھ لیا جاتا ہے کہ یہ بالکل معدود المقام ہے۔ یہ علاج تقرح کے ان جھوٹے رقبوں کے لئے موزوں ہے جو مثانہ کی مخروطیوار پر مثلث کے اوپر واقع ہوں (کیلی: Kelly اور برنیم: Burnam)۔

(د) سیلیٹ مثانہ کی خود قائم قاسطیر (self-retaining catheter) کے ذریعہ سے براستہ مبال سیلیٹ کرنے سے اسے ایک ہفتہ یا اس سے زائد عرصہ تک آرام دیا جاسکتا ہے۔ قاسطیر کے موجود رہنے کے دوران میں دن میں ایک یا دو مرتبہ اس کی آبیاری کرنا ضروری ہوتا ہے۔

شدید اور دشوار علاجِ اصابات میں مثانی مہبل کی مسیبت ایک قابلِ قدر طریقہ ہے۔ جب مریضہ کسی مقامی قسم کے علاج کی بالکل متحمل نہ ہو سکے تو اس طریقہ علاج کی ضرورت ہوتی ہے۔ اس کا اثر مثانہ پر یہ ہوتا ہے کہ خالی رہنے کی وجہ سے اس کو مکمل آرام مل جاتا ہے۔ فتحہ مہبل کی مقدم دیوار میں بنایا جاتا ہے، اور یہ ضرور اتنا بڑا ہونا چاہئے کہ اس میں سے پیشاب باسانی خارج ہو سکے۔

التهابِ مہبال (Urethritis) اس عارضہ پر سوزاک کے باب میں بحث کی گئی ہے (دیکھو صفحہ 287)۔

التهابِ حوضِ گردہ اور حوضِ کلی التهاب

(PYELITIS: PYELONEPHRITIS)

یہ امر مشتبہ ہے کہ کلیوی سرائٹ حوض کی غشاء سے مخاطی اور گردہ کے کاموں (callos) تک ہی بالکل محدود رہتی ہے، لیکن التهابِ حوضِ گردہ (pyelitis) کی اصطلاح حوضِ کلی التهاب کے زیادہ خفیف اور غیر جراحی اقسام کے بیان کرنے کے لئے سرسری طور پر استعمال کی جاتی ہے اور اس کا استعمال اس قدر عام ہے کہ ہم بھی اسے برقرار رکھیں گے۔

385 التهابِ حوضِ گردہ خراش اور کیمیائی اشیاء یا سرائتی عضویوں سے پیدا ہو سکتا ہے۔ یہاں صرف مؤخر الذکر پر ہی بحث کی جائیگی۔ عضویہ گردوں میں جوئے خون، یا عروقِ لُف یا صغوی سرائٹ کی حالت میں حالبین کے ذریعہ سے داخل ہو سکتے ہیں۔ مزمن التهابِ حوضِ گردہ کے اصابین قولونی عصیہ (bacillus coli) بالعموم ساری عامل ہوتا ہے۔ اس کے داخل ہونے کے تین امکانی راستے ہیں جن پر بحث کی جائیگی۔ پہلا راستہ مہبال سے صغوی سرائٹ کا ہے۔ ایسا یا تو راکد پیشاب کی بلا واسطہ سرائٹ سے ہو سکتا ہے جو حالب کی کسی مسدودی کے اوپر رکا ہوا ہو اور یا گردہ حالبی عروقِ لُف کے ذریعہ سے ہو سکتا ہے۔ اس راستہ سے مثانہ پہلے ٹائوسٹ ہوتا ہے، لیکن ابتدائی مدارج میں التهابِ مثانہ کے علامات سرسری طور پر بہت کم دیکھنے میں آتے ہیں۔ دوسرا راستہ دورانِ خون کا ہے۔ عضویہ گردوں میں سے گزر کر گردہ کے حوض کی غشاء سے مخاطی پر حملہ آور ہوتے ہیں (نزولی سرائٹ) تیسرا راستہ امعاء میں سے سرائٹ کے

بلا واسطہ وقوع کا ہے۔ عضویہ قوتوں میں سے گزر کر گردہ حالیہ خلوی بافت میں سے ہونے ہوئے حالب تک پہنچ جاتے ہیں اور مکن ہے کہ گردہ تک بھی پہلے جاتے ہوں۔ حاد التهاب حوض گردہ میں بنقائے حسیبیہ (staphylococci) اور بنقائے سبجیہ (streptococci)، اور عصیہ کثیر الاشکل (proteus bacillus) زیادہ کثرت سے موجود ہوتے ہیں بنقہ سوزک (gonococcus) ربوی بنقہ (pneumococcus)، اور عصیہ انفلونزا (bacillus influenza) زیادہ شاذ طور پر پائے جاتے ہیں (کیلی: Kelly اور برنیم: Burnam)۔ جو حالتیں التهاب حوض گردہ کے وقوع کے لئے سبب ثابت ہوتی ہیں وہ یہ ہیں۔ (۱) استسقاء کلیہ (hydro-nephrosis) (ب) حالب پر وباؤ پڑنا (مثلاً حامل رحم یا لیفیہ دار رحم کا) (ج) احتباس بول معہ التهاب مثانہ (۵) جسم کے دوسرے حصوں کی سرائت۔

امراضیات۔ جو خضرات گردہ میں پائے جاتے ہیں ان کے اقسام اور حدود میں بہت اختلاف پایا جاتا ہے۔ تشددی (obstructive) اصابت میں جن میں ایک طرف کے حالب میں سیلان بول کے لئے کسی حوضی سلعہ یا حامل رحم یا سرطان علق کی وجہ سے جس سے حالب بھی ماؤف ہو کر کاوش پیدا ہو گئی ہو، قنظر گردہ کے دوران خون کے ذریعہ سے سرائت نڈ ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ امتحان لغش پر گردہ بعض اوقات خاصہ طبعی دکھائی دیتا ہے، لیکن حوض اور حالب میں صریح امراضیاتی تغیرات موجود ہوتے ہیں۔ نسبیاتی طور پر کلوی جرم میں التهاب گردہ کے مختلف ملارج پائے جاتے ہیں جو اس کی افزائی قوت کو شدید نقصان پہنچانے کیلئے کافی ہوتے ہیں۔

جن اصابت میں کوئی حالیہ تشدد موجود نہ ہو، لیکن گردہ کی شدید سرائت موجود ہو ان میں سنج (parenchyma) میں حاد حالت میں متعدد چھوٹے چھوٹے یا مفرد خراجات پائے جاتے ہیں۔ مزمن حالت میں جرم گردہ کم ہو جاتا ہے اور اس کا بہت ساحصہ یعنی بافت میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ ایسی حالتوں میں حالب اور حوض بعض اوقات طبعی دکھائی دیتے ہیں۔ مذکورہ بالا دونوں حالتیں نسبی کلوی التهاب کی دو قسمیں ہیں، اور ان کے مابین برزخیت کا ہر ایک درجہ موجود ہوتا ہے۔

علامات۔ حاد حالت میں مریضہ پر دفعۃً درد شکم کا حملہ ہوتا ہے، جس کے ساتھ ہی بعض اوقات لرزہ بھی ہوتا ہے۔ چند گھنٹہ کے بعد درد و شکم پیدا ہو جاتا ہے۔

اور بعض اوقات تھے بھی آتی ہے۔ در ابتدا میں منتشر ہوتا ہے اور اس کا مقام بالعموم دائیں جانب ہوتا ہے، لیکن اصابت کی ایک تطیل تعداد میں بائیں جانب ماؤف پائی جاتی ہے۔ قبض کی شکایت عام طور پر موجود ہوتی ہے اور زبان فرزدار ہوتی ہے جب گردہ خوش پذیر ہو تو یہ الیم ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ کلانی یافتہ بھی ہو۔ اکثر اوقات اس کے اوپر ایک نمایاں استواری پائی جاتی ہے اور الیمیت اس حد تک موجود ہوتی ہے کہ جس کا تفصیل سے انجام دینا غیر ممکن ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات دبانے سے درد خاص کر متناظر ضلعی فقری زاویہ میں محسوس ہوتا ہے۔ جو اصابت دوران محل میں دیکھنے میں آتے ہیں ان میں حامل رحم میں کوئی غیر طبیعی حالت نہیں پائی جاتی، لیکن حوض کے متناظر منفرم ربع کا براستہ ہیل عین جس کرنے سے بالعموم دائیں مالک کے انتہابی حصہ میں الیمیت کا انکشاف کیا جاسکتا ہے۔ پیش بعض اوقات ۱۰.۳ تا ۱۰.۴ ف تک بڑھ جاتی ہے اور اگر تپ کو علاج کے ذریعہ سے قابو میں نہ رکھا جائے تو یہ چند دن تک بے قاعدہ طور پر جاری رہتی ہے۔ بعض اوقات قشریہ رونما ہوتا ہے اور مرلیضہ کی عمومی حالت اس قدر متاثر ہو جاتی ہے کہ تشویش کا باعث ہوتی ہے۔ جب یہ مرض زمانہ نفاس میں واقع ہوتا ہے تو غلطی سے یہ عفونتی رمی سرانت تصور کیا جاسکتا ہے۔

336

قاسطیر سے حاصل کردہ پیشاب کے نمونہ کا امتحان کرنے سے اس کا تعامل بالعموم نمایاں طور پر ترشٹی پایا جائے گا۔ اس سے کم کثرت کے ساتھ یہ تعدیلی اور تلوئی بھی دیکھنے میں آیا ہے، یہ بکدر ہوتا ہے اور اس میں ندیفی (flocculent) فوخل موجود ہوتے ہیں۔ اصابت کی ایک بڑی اکثریت میں طریقہ ہائے کاشت سے خالص قولونی عصیہ (bacillus coli) حاصل کیا جاسکتا ہے۔ بعض اوقات دوسرے ریمز اعضا میں بھی موجود ہوتے ہیں۔ کلوی سیکیے موجود نہیں ہوتے، لیکن بعض اوقات مطروح میں خوراساخون پایا جاتا ہے اور پیپ ہیٹہ معتد بہ مقدار میں موجود ہوتی ہے اور بولی گورگاہ سے اترے ہوئے سرحلی غلیبات اور اس کے فوخل بھی کافی مقدار میں موجود ہوتے ہیں۔ پیشاب کی مقدار بالعموم کم ہوتی ہے اور اس میں بدبو نہیں ہوتی۔ عام طور پر الیمون کے ایک شائبہ کا بھی مظاہرہ کیا جاسکتا ہے۔ کسی ایک اصابت میں ابتدا کم شدید ہوتی ہے، لیکن ارتفاع پیش اور شکم یا پہلو کا شدید درد دیر در دیر پیش پایا جاتا ہے۔

مرغن قسم میں علامات بلاشبہ اتنے ممیز نہیں ہوتے۔ اکثر اوقات خفیف سائے قاص

ارتقاع پیش موجود ہوتا ہے، لیکن ایسا ہمیشہ نہیں ہوتا، اور مریضہ درد کم کی اور بعض اوقات نشانہ کی مستمر خراش کی شکایت کرتی ہے۔ بعض اوقات پیشاب زیادہ مقدار میں آتا ہے، اور اس سے بوتلوں کے پیش تو اتر کی کسی حد تک توجیہ ہوتی ہے۔ مثلاً میں قاعدۃ التهاب پیدا ہو جاتا ہے۔ اور بعض اصابات میں یہ بھی ممکن ہوتا ہے کہ مثلاً کے علامات ابتدائی التهاب حوض گردہ کو پوشیدہ کر دیں۔ عسر البول (dysuria) اس امر کی امارت تصور کیا جاسکتا ہے کہ مثلاً ثانوی طور پر سرائٹ رہ ہو چکا ہے۔ گردے قاعدۃ کلانی یافتہ نہیں ہوتے، اور نہ یہ جس پر الیم ہی ہوتے ہیں، لیکن التهاب پر براستیہ بہل دباؤ ڈالنے سے درد اور بوتلوں کی خواہش پیدا کی جاسکتی ہے۔

تشخیص۔ اس کا انحصار پیشاب کا باحتیاط امتحان کرنے، اور مثلاً بین سے یہ معلوم کرنے پر ہے کہ محل ضرر کس طرف ہے۔ حادثہ التهاب حوض گردہ میں پیشاب میں کسی قدر مصلی البیومن (serum albumen)، چند سرخ خلیات، جیات ریم، اور خرد عضویئے موجود ہوتے ہیں۔ مثلاً بین سے امتحان کرنے پر ماؤف طرف کا حالیہ دہنہ سرخ، بروں گردیدہ یا باز کشیدہ معلوم ہوتا ہے۔ متناظر مالب سے مکدر اور دوسری طرف سے صاف پیشاب نکلتا ہوا بعض اوقات دکھائی دیتا ہے۔

سوزاک کے مریضوں میں عنق، مبال، اور شائد فلوی نیوں میں بھی مرض کی مبالغہ شہادت پائی جائے گی۔ سرائٹ کے دیگر ابتدائی منبعوں کی بھی تلاش کرنا چاہئے۔ حادثہ حوض کلی التهاب غلطی سے التهاب زائدہ (appendicitis) یا التهاب مرارہ (cholecystitis) تصور کیا جاسکتا ہے۔ تدرک (tuberculosis)، تپ محرقہ اور شاید لیبریا سے بھی تقریبی تشخیص لازمی ہوتی ہے۔ کلی ضررات کی تشخیص میں جو اہمیت حوض نگاری (pyelography) کو حاصل ہے اسکی اور اس کے استعمال کی بحث کے لئے بولی جراحی (Urinary Surgery) کی درسی کتابوں کا مطالعہ کرنا چاہئے۔

انذار۔ حادثہ اصابات میں مناسب علاج سے عام طور پر جلد فائدہ ہو جاتا ہے۔ مزمن اصابات بہت دشوار علاج ہوتے ہیں، اور باوجود علاج کے ان میں فائدہ نہیں ہوتا۔ تمام سریری علامات کے زائل ہو جانے کے بعد بھی جرثومہ دمویت (bacteremia) ایک طویل عرصہ تک باقی رہتی ہے۔

حل اور نفاس کے زمانہ کا التهاب حوض گردہ۔ یہ عارضہ دورانِ حل میں

چوتھے ماہ سے قبل شنا زوداد رہی وقع ہوتا ہے۔ یہ مادہ اور مرزمن شکلوں میں سے کوئی ایک اختیار کر سکتا ہے، اور حمل سے بیشتر التهاب مثلاً نہ یا مرض گردہ کے کوئی علامات قاعدہ موجود نہیں ہوتے۔ گاہے گاہے زماہ نفاس میں بڑی شدت کا حمل ہوتا ہے اور اس وقت اسے حاد عفونت الدم (acute septicæmia) سے تمیز کرنے کے لئے بہت احتیاط کی ضرورت ہوتی ہے۔

وائیں گردہ میں اس مرض کے قبول کرنے کی ایک خاص استعداد موجود ہوتی ہے، لیکن اتنی نہیں جتنی کہ کسی وقت خیال کی جاتی تھی۔ ایلبک (Albek) اور لینہارز (Lenharz) کے ۱۱۹ ترتیب دادہ اصابات میں سے ۶۴ میں صرف دایاں اور ۲۶ میں صرف بایاں گردہ ماؤف تھا، اور ۳۶ میں دایاں اور بایاں دونوں ماؤف تھے۔ علاوہ ازیں امتحان نفش سے اور ان مریضوں میں براہ راست مشاہدہ کرنے سے جن پر علیہ کئے گئے ہیں یہ ثابت کیا گیا ہے کہ طرف ماؤف کے حالب کے شکلی حصہ میں بعض اوقات اتساع پایا جاتا ہے۔ اور یہ عام طور پر تسلیم کیا جاتا ہے کہ یہ اتساع حالب کے حصہ زیرین کو متاثر نہیں کرتا، بلکہ اس سے صرف وہی حصہ متاثر ہوتا ہے جو حوض کی لگر سے اوپر واقع ہوتا ہے۔ اور یہ یاد ہو گا کہ حالب کا اسی قسم کا اتساع انشعاج (eclampsia) کے اصابات میں امتحانات نفش پر دیکھنے میں آیا ہے، اور طبی حل میں بھی یہ قلیل الوقوع نہیں۔

337

حوضی کلوی التهاب کا علاج۔ مرض کی حاد حالتوں میں مریض کو ضرور بستری میں لئے رکھنا چاہئے، اور غذا میں سیالات خاص کر دودھ کے علاوہ کچھ نہ دینا چاہئے۔ اور پیشاب کی مقدار کو بڑھانے اور اس کی ترشگی کو کم کرنے کے لئے کسی قوی مدربول دوا مثلاً سٹریٹ (citrate) یا ایسی بیٹ آف پوٹاش (acetate of potash) کا بڑی بڑی مقداروں میں استعمال کرانا چاہئے۔ جیسا کہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے قوی پیشاب کی نسبت ترشی پیشاب قوی عصبیہ (bacillus coli) کے لئے بہتر وسیع کاشت ہے۔ اگر اور ادریول جاری رکھا جاسکے تو حاد علامات بالعموم چند دن میں زائل ہو جاتے ہیں، اور یہ اغلب ہے کہ حملہ کی بیشتر ابتدائی شدت حوض گردہ اور حالب کے بالائی حصہ کے اتساع کا نتیجہ ہوتی ہو۔ اجابت ضرور روزمرہ بفر اغت ہونا چاہئے۔ بولی سرائت پر دو طریقوں یعنی بولی دافعات عفونت اور خود زاد جدرینوں سے قابو حاصل کیا جاسکتا ہے (دیکھو التهاب مثلاً نہ صفحہ 338)۔ جب تک کہ حاد علامات زائل نہ ہو جائیں بولی دافعات عفونت کا استعمال نہ کرنا نہایت مناسب ہوتا ہے۔ جدرینوں کے

استعمال سے جو نتائج حاصل کئے گئے ہیں وہ قابل اعتماد نہیں، لیکن یہ روزمرہ کے علاج کے ایک جزو کے طور پر عموماً استعمال کیجاتی ہیں۔ ماؤف گردہ کو اینٹی فلو جسٹین (anti-phlogistine) کے ذریعہ سے یا گرم کمبیدات کے بکثرت استعمال سے حرارت پہنچانا علاج کا ایک ایسا سادہ طریقہ ہے جس سے جلد علامات میں بالعموم بہت سی تخفیف پیدا ہو جاتی ہے، اور مریضہ کو بہت تسکین ہوتی ہے۔ مگر تداویر علاج علامات کو دفع کرنے کے لئے عام طور پر کافی ہوتے ہیں، لیکن جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے، تمام علامات کے غائب ہو جانے پر بھی نوعی عضو یہ اکثر پیشاب میں آنا رہتا ہے۔ غالب میں صرف قاسا طیر گزارنے یا ساتھ ہی حوض گردہ کی آبیاری بھی کرنے کی رائے پیش کی جا چکی ہے، لیکن گردہ کے التهابی ضررات کے لئے ان تداویر کا عموماً استعمال نہیں کیا جاتا۔

غذائی خطہ کی سرشتیں

التهاب زائدہ

(APPENDICITIS)

زائدہ دودبہ تشریحی اور امراضیاتی دونوں قسم کے تعلقات کے لحاظ سے عورت کے مخصوص اعضائے حوض سے ایک قریبی علاقہ رکھتا ہے۔ چنانچہ طبعی اصابت کی ایک مغنذبہ تعداد میں یہ حوض کی لگڑ کے اوپر متعلق پایا جاتا ہے، اور یہاں یہ یا تو دائیں نلی یا دائیں بیض کے ساتھ مس کرتا ہے، اور یا ان کے بالکل قریب واقع ہوتا ہے۔ مزید برآں نلی اور بیض کے التهاب کا سرائٹ زائدہ سے پیدا ہونا قلیل الوقوع نہیں جو خود مرض زدہ ہو کر مذکورہ اعضا میں سے کسی ایک کے ساتھ منضم ہو جاتا ہے (دیکھو شکل ۴۹، صفحہ 629)۔ یہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے کہ مرض زدہ زائدہ سے سرائٹ کا واقع ہونا انوبی حمل کے اسباب میں سے ایک امکانی سبب ہے (لیتھ مرے: Leith Murray) (دیکھو صفحہ 222)۔ ایسی مثالیں بھی کم دیکھنے میں نہیں آتیں جن میں زائدہ رحم کے لینیتی سلعاست (fibroid tumours) سے منضم ہوتا ہے، اور ہمارے مشاہدہ میں یہ بھی آیا ہے کہ ایک منضم زائدہ ایک کبیر الجسامت بیضی دوبری سلسلہ کے ساچھ میں پھنس گیا تھا جو متولی ہو گیا تھا۔

اس قریبی علاقہ سے قدرتی طور پر یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ بعض اوقات زائده اور وائس ملی اور وائس بیض کے عوارض میں سرریہ طور پر قبض کرنے میں وقت پیش آتی ہے۔ لہذا تشخص کی غلطیاں قلیل الوقوع نہیں، اور ماہر امراض النساء کو اس عضو کا مذاکرہ کرنے کی ضرورت پیش آتی ہے جس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ یہ یا تو مرض کا ابتدائی مقام ہوتا ہے اور یا یہ اس مرض سے ماؤف ہوتا ہے جو ملی اور بیض سے پھیل کر اس تک پہنچ گیا ہے۔ بہت سے ماہرین امراض النساء علمی حوضی علیہ سرانجام دیتے وقت زائده کا امتحان کرنے اور اس میں مرض کے فعال یا منفی امدان موجود ہونے کی صورت میں اس کو دور کر دینے کو اپنا دستور العمل بنا لیتے ہیں اور ہم بھی اسے حق بجانب تصور کرتے ہیں۔ لہذا اس سے یہ ظاہر ہوا کہ التهاب زائده ایک ایسا موضوع ہے جس سے ماہر امراض النساء کو واقفیت پیدا کرنا ضروری ہے اور اس عضو کے دور کرنے کے طریقہ کو معلوم کرنا اس کی تربیت اور تجربہ کا ایک جزو ہے جس کا حاصل کرنا اسے لازم ہے۔

زائده کی تشہیر اور موقع نگاری۔ زائده دو دیہ امور کی اندرونی طرف سے لفائفی اعوری مصراع (ileo-caecal valve) سے ایک ایچ شیچ نکلتا ہے۔ اگر صعودی قولون کے مقدم طولانی بند کا تعاقب کرتے ہوئے اعور تک پہنچ جائیں تو یہ بند زائده کے قاعدہ پر ختم ہوتا ہوا دکھائی دے گا جو ایک اسطوانہ نما ساخت ہے جس کا طول $3\frac{1}{2}$ اینچ ہوتا ہے۔ اس کی ایک ماساریقا ہوتی ہے جس کے آزاد کنارہ میں سے موخر لفائفی اعوری شریان (posterior ileo-caecal artery) کی زائدی شاخ گزرتی ہے۔ زائده بالعموم بیدھا ہوتا ہے لیکن جب اس میں التهابی تغیرات واقع ہو چکے ہوں تو یہ اکثر منحنی یا زاویہ حادہ پر خمیدہ بھی پایا جاتا ہے۔ قاعدہ سے اس کا رخ بہت اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ حوض صادق میں ٹکا ہوتا ہے اور بعض اوقات یہ امور اور صعودی قولون کی اندرونی یا پچھلی طرف یا ان کی بیرونی طرف کے ساتھ ساتھ بھی اوپر کی طرف چلا جاتا ہے۔ ملہب ہونے کی صورت میں یہ ان تینوں اُتھلے باریطونی حفروں میں سے جو لفائفی اعوری خطہ میں پائے جاتے ہیں کسی ایک میں منضم پایا جاسکتا ہے۔ گاہے گاہے یہ اپنے طبعی طول سے بہت زیادہ لمبا ہوتا ہے اور ایسے نمونوں کا اندراج بھی کیا گیا ہے جن کا طول ۱۰ اینچ تھا۔ حالت نظول میں یہ اکثر اوپر کی طرف جگرتک جانا ہوا بھی پایا گیا ہے اور اس کا سر اس عضو کی زیرین سطح سے منضم ہوتا ہے۔

زائده کی ساخت باریطونی، عضلی، سخت مخاطی، اور مخاطی طبقات پر مشتمل ہونے کے با

معدی خطہ کی ساخت کے مشابہ ہوتی ہے۔ مخاطیہ پرستونی سطحہ کی ایک پوشش ہوتی ہے جس میں نابوی غد کی جو غدیر کبر کوہن (Lieberkuhn's glands) کے مشابہ ہوتے ہیں ایک کافی تعداد موجود ہوتی ہے۔ ان کے علاوہ لطف آسا بافت بافراط موجود ہوتی ہے جو کثیر التعداد جراثیم کی شکل میں مجتمع ہوتی ہے۔ یہ جراثیم سطح سے اوپر اٹھتے ہوتے ہیں اور تحت مخاطی تہ میں بھی پہنچے ہوتے ہیں۔ زائدہ کے بعدی حصہ میں یہ نہایت کثیر التعداد ہوتے ہیں۔

زائدہ کے فعل کے متعلق ٹھیک ٹھیک کچھ معلوم نہیں، اور یہ بالعموم ایک آٹاری بافت ہی تصور کیا جاتا ہے۔ اس میں بخوبی مویافتہ غد کے پائے جاتے ہیں اور یہ ثابت ہونے سے کہ زمانہ طفولیت اور سن بلوغ کے ابتدائی حصہ میں اس کا طول بڑھتا ہے یہ خیال پیدا ہوتا ہے کہ یہ ایک فعلی عضو ہے اور لے کا عضو نہیں (اگر تفرقہ کتبہ)۔

التهاب زائدہ کی سبب اسباب۔ یہ مرض زمانہ شیرخوارگی اور پیرانہ سالی میں شاذ و نادر ہی پایا جاتا ہے۔ نوجوانوں اور متوسط عمر کے افراد میں یہ بہت کثیر الوقوع ہے۔ التهاب زائدہ کے اسباب محرکہ کے متعلق صحیح صحیح کچھ معلوم نہیں، اور اس سبب میں ان کئی ایک دلچسپ خیالات پر بحث کرنے کی ضرورت نہیں جو مختلف مؤلفین نے پیش کئے ہیں۔ جو عضو سیے اور طفیلیے (دودا نخل: oxyuris vermicularis) اس میں پائے جاتے ہیں وہ اکثر معمولی خطہ ہی کے رہنے والے ہوتے ہیں۔

مرضی تشریح۔ التهابی عمل مخاطیہ میں شروع ہو کر باہر کی جانب پھیلنا ہے، اور انجام کا باریطونی طبقہ کو مؤثر کر دیتا ہے۔ ابتدائی درجہ ایک نازلی التهاب ہے جو غنائے مخاطی میں پیدا ہوتا ہے، اور اس حالت میں جن نمونوں کا امتحان کیا گیا ہے ان میں عام طور پر چھوٹے چھوٹے منشی وجہ اور بعض اوقات بہت چھوٹے چھوٹے قرعے بھی پائے گئے ہیں۔ جب سرایت حاد ہوتی ہے تو نازلی درجہ غنائے مخاطی کے وسیع یا عمومی تقرح میں بھی تبدیل ہو جاتا ہے۔ جس کی وجہ سے طبقات میں کسی نہ کسی مقام پر انقلاب واقع ہو جاتا ہے۔ گاہے گاہے سرایت اتنی شدید ہوتی ہے کہ اس سے تمام طبقات ہی کی نہیں بلکہ تمام عضو کی بھی جیم گنگرین واقع ہو جاتی ہے۔ گنگرین زدہ دیوار جلد ہی پھٹ جاتی ہے اور شمولات باہر نکل آتے ہیں۔ جب سرایت کم قشری ہوتی ہے تو نازلی التهاب کا درجہ تحت الحاد یا مرض من التهاب میں تبدیل ہو جاتا ہے اور اس سے اس عضو کے تمام طبقات متاثر ہو جاتے ہیں، اور اس کے پھیلنے سے اس کی اپنی ماساریقا

اور ہم پہلو اعضا کی باریطونی سطحیں ماؤف ہو جاتی ہیں۔ ایسے اصابات میں التهابی عمل کیساں طور پر ترقی نہیں کرتا بلکہ کم و بیش طویل وقفوں کے بعد اس میں اشتدادات نمودار ہوتے ہیں۔ سریری طور پر یہ اصابات مرض کے بار بار عود کرنے سے ممیز ہیں۔

لنتھیب زائدہ کا رجحان ارد گرد کے اعضا سے جلد ہی منقسم ہو جانے کی طرف ہوتا ہے۔ یہ انفما مات حفاظتی ہوتے ہیں، اور مرض زدہ عضو کو عمومی کہفہ باریطون سے علحدہ کر دیتے ہیں۔ گاہے گاہے حال طور پر لنتھیب یا گنگرین زدہ زائدہ کی صورت میں ایسی استثنائی حالتیں پائی جاتی ہیں جن میں انتشاری عمومی التهاب باریطون واقع ہونے کے باوجود مرض زدہ عضو انفما مات سے بالکل آزاد ہوتا ہے۔ اس کی توجیہ اس امر سے ہوتی ہے کہ کہفہ باریطون میں زیادہ قشبی عضویوں کا سیلاب دفعہ آ جاتا ہے۔ اور ان کے جلد منجذب ہو جانے سے حاد تسیم الدم پیدا ہو جاتا ہے، جسکی وجہ سے حفاظتی باریطونی تغافل نمودار نہیں پاسکتا۔ اس امر کی توجیہ کہ انتقاب سے ہمیشہ عمومی التهاب باریطون پیدا نہیں ہوتا اس طرح ہوتی ہے کہ محدود کر سنے والے انفما مات کے پیدا ہونے کے لئے بالعموم وقت مل جاتا ہے۔

انفما مات کے پیدا ہونے کی وجہ سے التهاب زائدہ کے اصابات میں اکثر اوقات مختص المقام کنون خراج مشاہدہ میں آتا ہے۔ یہ یا تو حاد ابتدائی حملہ کے ساتھ ہی عمل میں آتا ہے اور یا ایسے اصابہ میں دیکھنے میں آتا ہے جس میں اشتدادات رونما ہو چکے ہوں۔ ایسے چار اہم مقامات ہیں جن میں خراج زائدہ بالعموم پیدا ہوتا ہے۔ (۱) اعور کی اندرونی جانب پر جہاں کہفہ ریم معائے صغیر کی منقسم گنڈلیوں سے محدود ہو جاتا ہے۔ (ب) اعور کے بیرونی حصہ پر اس کے اور مقدم دیوار شکم کے درمیان۔ (ج) کہفہ حوض میں یا تو گولس کی جیب میں اور یا خلوی بافت کے مستویوں میں جو حوض کی دائیں دیوار کے اوپر واقع ہوتے ہیں۔ (د) اعور کے پیچھے۔ یہاں سے یہ یا تو گردہ کی طرف اوپر کا راستہ اختیار کر لیتا ہے اور یا اس القامی بافت میں چلا جاتا ہے جو عضلہ حرفضیہ (iliacus) پر واقع ہوتی ہے (پس اعوری خراج: retrocaecal abscess)۔ یہ خراجات کہفہ باریطون میں شاد و نادری پھٹتے ہیں۔ گاہے گاہے یہ امعاء میں یا شکم کی دیوار میں سے از خود خالی ہو جاتے ہیں لیکن اکثر یہ کیسہ بند رہتے ہیں اور بتدریج عقیقہ ہو جاتے ہیں۔ کبھی کبھی ثانوی خراجات بعید مقامات پر مثلاً بائیں حرفضی خطہ یا زیر حجابی فضا (subdiaphragmatic space) میں بھی

بن جاتے ہیں۔

حادثہ التهاب زائندہ کے سرسری خصائص۔ ابتداً تقریباً ہمیشہ فوری ہوتی ہے، اور اس مرض کا حملہ ایسے افراد پر بھی ہوتا ہے جن میں سابق خرابی صحت کی کبھی کوئی امارت نہ پائی گئی ہو۔ علامات عموماً ”شکم حاد“ (acute abdomen) کہے جاتے ہیں، اور یہاں ان کے مفصل بیان کی ضرورت نہیں۔ مگر بعض اوقات علامات میں کوئی ایسی چیز موجود نہیں ہوتی جس سے شکم کی طرف توجہ مبذول ہو، اور مریضہ کی حالت شدید حموی قسم الدم کی ہوتی ہے۔ ایسے غیر مثالی اصابات میں بھی بالعموم ایسے امارات موجود ہوتے ہیں جن سے مقام مرض کی تعیین ہو سکتی ہے، اور ان کی شناخت شکم کا باحیاط امتحان کرنے سے کی جاسکتی ہے۔

شکمی امارات۔ ابتداً مدارج میں دبانے سے عمومی یا رمعدی الیمیت ظاہر ہوتی ہے۔ اس کے بعد جلد ہی شکم میں عمومی ورم ظاہر ہو جاتا ہے، حرکات شغفس میں نقص آ جاتا ہے، مقامی الیمیت پائی جاتی ہے، اور دائیں عضلہ مستقیم (rectus) میں استواری پیدا ہو جاتی ہے جس سے بالعموم اس کا حصہ زیرین متاثر ہوتا ہے۔ اور بعض اصابات میں دائیں حرقنی خطہ میں ورم بن جاتا ہے۔

340

تندر شکم کی مقدار اتنی زیادہ نہیں ہوتی تا وقتیکہ عمومی التهاب باریطون کا اصابہ نہ ہو جائے۔ جب مختص مقام الیمیت ظاہر ہوتی ہے تو عمومی الیمیت میں بالعموم تخفیف ہو جاتی ہے، اگرچہ اختص مقامی حصہ کی بیش افزودہ الیمیت کی شکل میں بھی پایا جاسکتا ہے۔ سب سے زیادہ الیمیت کا مقام بالعموم اس رقبہ میں واقع ہوتا ہے جو زائندہ کے قاعدہ کے محل کا متناظر ہوتا ہے، لیکن ایسا ہمیشہ نہیں ہوتا۔ اگرچہ نقطہ کیرنی (McBurney's point) پر جو اس خط کی تقصیف کرنے سے حاصل ہوتا ہے جو ناف کو دائیں مقدم فوقانی حرقنی شکوہ سے ملتا ہے عام طور پر زیادہ الیمیت محسوس ہوتی ہے، لیکن اس کو وہ تشخیصی الیمیت حاصل نہیں جو کسی وقت اس سے منسوب کی جاتی تھی۔ کئی اصابات میں الیم ترین مقام دائیں ضلعی محراب کے نیچے اور مرارہ کے اوپر، یا دائیں کلوی خطہ میں پایا جاتا ہے۔ بعض اوقات سری خطہ یا پایاں حرقنی خطہ سب سے زیادہ الیمیت کا مقام ہوتا ہے۔ پس اعمری (retrocaecal) اصابات میں الیم مقام اکثر اوقات ضلعی حرقنی فضا کے پچھلے حصہ میں پایا جاتا ہے، اور جب تک اس بات کو یاد نہ رکھا جائے، ایک اہم تشخیصی امارت کے نظر انداز ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔

عضلی استواری ایک بہت اہم امارت ہے۔ یہ ایک معکوس شیخ ہے جس کا فعل حفاظتی ہے، عضلات نیچے کے ماؤف رقبہ کی محافظت کیلئے لیبار رہتے ہیں۔ خفیف ترین استواری کا انکشاف مستقیم عضلات پر ایک وقت دونوں ہاتھوں کے ذریعہ سے بہت نرمی کے ساتھ جس کرنے سے بہترین طور پر کیا جاسکتا ہے۔ بعد میں عضلہ کی افزودہ تنش اور مزاحمت زیادہ آسانی سے معلوم کی جاسکتی ہے۔ یہ ایک ابتدائی امارت ہے اور اس لئے اہم ہے، کیونکہ یہ ممکن ہے کہ یہ ایسے وقت بھی پائی جائے جبکہ شکم کے حرکات تنفس میں بظاہر کوئی رکاوٹ معلوم نہ ہوتی ہو۔ جب محافظ انصافات کے نشو و نما پانے کے لئے وقت مل جائے تو اکثر اصابات میں دائیں طرفی خطہ میں ایک ورم بن جاتا ہے اور ایسا انتقاب، گنگرین، یا عمومی التهاب باریطون کی شدید ترین حالتوں کے علاوہ تمام اصابات میں ہوتا ہے۔ مرض کے ابتدائی مدارج میں یہ ورم محافظ عضلی کشج کے وجہ سے جس کے نیچے یہ بنتا ہے پوشیدہ رہتا ہے۔ اپنے خواص میں یہ ناقص الحدود اور نیم رتان ہوتا ہے اور اس کی جسامت، اکیبیت اور بستی اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ یہ بیشتر امعاء کی منقسم گندلیوں پر مشتمل ہوتا ہے جن کے درمیان کبھی کبھی پیپ کی ایک اختلاف پذیر مقدار بھی پائی جاتی ہے۔ بعض حالتوں میں حوض میں ایک ورم بن جاتا ہے، اور اس کی شناخت مہملی اور مستقیم امتحان سے کی جاسکتی ہے۔ اس لئے اس امر کا ذہن نشین رکھنا ضروری ہے کہ مشکل امعاء میں دودستی امتحان سے مدد حاصل ہو سکتی ہے۔

حادثہ التهاب زائدہ کے بہت سے اصابات میں مرض میں از خود تخفیف ہو جاتی ہے، اور یہ مرض تقریباً ہمیشہ عود کرتا ہے، اور بعد میں ہونے والے حلوں کی شدت مختلف ہوتی ہے۔ اگر ابتدائی سہارت شدید ہو تو مریضہ کی حالت ابتر ہو جاتی ہے، اور اگر بذریعہ عملیہ اس کا علاج نہ کیا جائے تو حادثہ تنعم الدم یا عمومی التهاب باریطون سے موت واقع ہو جاتی ہے۔

حادثہ التهاب زائدہ کا علاج۔ صحیح علاج یہ ہے کہ حادثہ التهاب زائدہ کی تشخیص کرنے کے فوراً بعد عملیہ انجام دیا جائے، اور اگر تخفیف میں کچھ شبہ ہو تو انتظار کرنے کی نسبت عملیہ کا انجام دینا بہتر ہوتا ہے۔ اس قسم کا فائدہ وضع کرنے کی وجہ جوازیہ ہے کہ جب حادثہ التهاب زائدہ کے مریضوں کا علاج مرض کے ابتدائی مدارج میں کیا جاتا ہے تو یہ تقریباً ہمیشہ شفا یاب ہو جاتے ہیں، اور اگر تاخیر کی جائے تو مریضہ زندگی کے لئے زیادہ خطرناک ہوتا جاتا ہے۔ جب اشتباہ، یا گنگرین یا انتشاری التهاب باریطون واقع ہو چکا ہو تو اتنا کہنا زیادتی میں

شامل نہ ہوگا کہ تاخیر کا ہر لمحہ مریضہ کے امکانات شفا کے لئے خطرہ کا باعث ہوتا ہے۔ ابھی تک کوئی ایسا سریری طریقہ معلوم نہیں ہوا جس سے زائده کی صحیح حالت کی شناخت کی جاسکے۔ مرض کی حقیقی نوعیت اور اسکی اہمیت علیہ ہی کے ذریعہ سے منکشف ہو سکتی ہے۔ اگر تشخیص غلط ثابت ہو تو شکم کے ایک معمولی استقصاء کے باقاعدہ طور پر سرانجام دینے میں کوئی خطرہ نہیں ہوتا۔ عملیہ کی سرانجام دہی اور غلطی کا ارتکاب تذبذب میں مناسب موقع کو ہاتھ سے گھو دینے سے بہتر ہے۔

عملیہ۔ استیصال زائده کے طریقہ کا تذکرہ ایک آئندہ باب میں کیا جائے گا (دیکھو صفحہ 832)۔ نگر یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ تمام حاد عوارض شکم کا علاج کرنے میں جراح کا مطلع نظر یہ ہونا چاہئے کہ اپنی مداخلت کو بالکل اسی حد تک محدود رکھے جس حد تک یہ اس کے لئے ناگزیر ہو۔ طویل المدت دست و رزیوں مضبوط گرفت اور نرف سے باعتماد احتراز کرنا چاہئے۔ اور اگر کوئی خراج موجود ہو تو مجتمع ریم کو نکال کر سیلیٹ کر دینا چاہئے۔ اگر زائده کہفہ خراج میں بڑا ہو تو اس کا تدارک کیا جاسکتا ہے اور اگر یہ یہاں نہ ملے تو اس کو تلاش کرنے کے لئے خراج کی دیوار کو نہ توڑنا چاہئے۔ یہ بہتر ہوتا ہے کہ کسی آئندہ دن دوسرا عملیہ کیا جائے اور زائده کو دور کر دیا جائے۔ مزید برآں اگر زائده کا محل معلوم ہو جائے اور انضمامات کی وجہ سے اسے اٹھا کر سطح تک نہ لایا جاسکے تو یہ بہتر ہوتا ہے کہ اس کا بنز کر دیا جائے اور سڈ کو دفن کرنے کی کسی کوشش کے بغیر اس کے قاعدہ کی گئی کر دی جا۔ چونکہ امعاء کی دیوار حاد التہاب سے نہایت خستہ ہو جاتی ہے اس لئے یہ آسانی سے چھٹ جاتی ہے اور دریدگی تک بخوبی رسانی نہ ہونے کی وجہ سے اس کو بند کرنا بعض اوقات غیر ممکن ہوتا ہے۔

آج کل بہت سے جراح ایسے زائده کو دور کرنے کے بعد جو مشق نہ ہو شکم کو بغیر سیلیٹ کے بند کر دیتے ہیں۔ جب پیپ کے اجتماعات موجود ہوں تو آزادانہ سیلیٹ بلا مشق ضروری ہوتی ہے۔

شدید التہاب زائده کی مریضہ جس کو شدید لٹیم الدم بھی ساتھ ہی ہو عملیہ کے کامیابی سے سرانجام ہونے کے بعد بھی خطرہ سے باہر نہیں ہوتی۔ عملیہ کے فوراً بعد ان عمومی قواعد کے مطابق ضرور علاج شروع کر دینا چاہئے جن کا ذکر لٹیم الدم کے اصابت کے لئے

کیا جا چکا ہے (دیکھو صفحہ 268) اور جن تدابیر کو عمل میں لانے کا مشورہ دیا جاتا ہے، ان میں سے کوئی بھی مسلسل مستقیم طبی اصفاف (saline transfusion) سے زیادہ اہم نہیں۔

مزمن التهاب زائدہ۔ حاد التهاب زائدہ کا حملہ ہونے اور اس کے رنج ہوجانے کے بعد اگر عملیہ نہ کیا جائے تو عود مرض تقریباً یقینی ہوتا ہے۔ مگر حملے شدت میں مختلف ہوتے ہیں اور یہ اکثر سخت الحاد یا خفیف بھی ہوتے ہیں۔ بعض اوقات مزمن التهاب زائدہ کے ایسے اصابات بھی دیکھنے میں آتے ہیں جن میں شدید حملہ کی روئداد نہیں پائی جاتی۔

مرضی تشریح۔ جو حالتیں دورانِ عملیہ میں دیکھنے میں آتی ہیں وہ زیادہ تر التهاب باریطون سے پیدا شدہ انفصامات ہیں جن کے ہمراہ دیوار ہائے زائدہ میں دبازت اور تضلع بھی پایا جاتا ہے۔ بعض مقامات پر زائدہ کے درونہ کے تنگ ہوجانے کی وجہ سے بعض اوقات مقامی انساحات بن جاتے ہیں، اور بعد ہی سرے میں اس تغیر کے واقع ہونے کا خاص طور پر زیادہ امکان ہوتا ہے۔ اکثر اوقات زائدہ خمیدہ یا بل کھائے ہوئے ہوتا ہے، اور اس کی ماساریفاد دبازت یافتہ ہوتی ہے۔ اولین مدالج میں زائدہ کی سطح کے عروق شریب (injected) ہوتے ہیں، اور تمام عضو غیر طبیعی طور پر استوار محسوس ہوتا ہے۔ ”مزمن زائدہ“ کو کھولنے پر اس میں برازی مادہ یا برازی حصات تقریباً ہمیشہ پائے جاتے ہیں۔ اس قسم کے اصابات ابتدائی التهاب زائدہ کی صحیح مثالیں ہیں، خواہ زائدہ ملی، بیض، یا لحم سے منقسم ہی کیوں نہ پایا جائے جیسا کہ اکثر ہوتا ہے۔ اس حالت میں ان اعضا میں انفصامات کے علاوہ اور کوئی غیر طبیعی حالت موجود نہیں ہوتی۔

اکثر ایسا بھی ہوتا ہے کہ زائدہ ملی سے سرائت کے منتشر ہونے سے ماؤف ہوجاتا ہے، ایسی حالت میں یہ معلوم کرنا مشکل ہوتا ہے کہ آیا یہ ابتداءً ماؤف غنایا نہیں۔ چنانچہ بعض اوقات یاغوبی اجتماع ریم (pyosalpinx) یا سرائت زدہ بیضی دورہ کی دیوار کے ساتھ گھنے انفصامات سے چسپیدہ ہوتا ہے۔ جب اس قسم کی حالت دیر پا ہوجاتی ہے تو بعض اوقات زائدہ کے درونہ اور خراج کے کہقہ کے درمیان تقبج سے ایک ناسور جاری رہتا ہے، جیسا کہ ایک اصباہ میں ہوا انفصامات کا اندراج بلینڈ سٹن (Bland-Sutton) نے کیا ہے۔ جن اصابات میں زائدہ اور وائیں ملی ماؤف ہوتے ہیں، وہ آٹھائیکہ بایں ملی اور بایاں بیض سمندرست ہوتا ہے، ان میں قریب قیاس ہی ہوتا ہے کہ زائدہ ہی ابتداءً ماؤف سمندرست ہوتا ہے۔

سوزاک یا سرائٹ سے پیدا شدہ ایک جانبی التهاب انوبہ تقریباً نامعلوم ہے۔ لیکن یہ درنہ (tubercle) سے پیدا ہو سکتا ہے۔ اور جب صرف دائیں نلی اور زائدہ ہی ماؤف ہوں تو درنہ کے امکان کو ہمیشہ یاد رکھنا چاہئے۔

سریری خصائص۔ مزمن التهاب زائدہ کے علامات میں سے ایک درد شکم ہے جو لازمی طور مقام زائدہ سے مخصوص نہیں ہوتا، بلکہ برعکس اور ستری خلوں میں اکثر محسوس ہوتا ہے۔ اس کا میز ترین خاصہ یہ ہے کہ اس میں تین حملوں کی شکل میں عود کرنے کا ایک نمایاں رجحان پایا جاتا ہے، اور یہ حملے چند دن تک یا صرف چند گھنٹوں تک باقی رہتے ہیں۔ درد کے حملہ کا بالعموم کوئی محرک سبب شناخت نہیں کیا جاسکتا۔ ان حملوں کے علاوہ اکثر اوقات شکم میں کم و بیش بھینچی یا حقیقی درد بھی محسوس ہوتا ہے جس میں جیض، نکان یا ورزش وغیرہ سے بہت سی زیادتی واقع ہو جاتی ہے۔ مزید برآں برعکس پر گرانی اور بد مضی کے نمایاں علامات بھی اکثر پائے جاتے ہیں جو خاص کر بیش نمک ترشگی (ہائیدروکلورک ایسڈ کی زیادتی hyperchlorhydria) کی قسم کے ہوتے ہیں جو افزائت معدہ میں ترشہ کے بافراط موجود ہونے سے منسوب کی جاتی ہے۔ یہ ثابت کیا گیا ہے کہ معدی اور اثنائے عشری قروح اکثر اوقات مزمن التهاب زائدہ کے ساتھ پائے جاتے ہیں، اور اس صورت حالات میں سریری کیفیت کی تفصیلات لازمی طور پر پیچیدہ ہوتی ہیں۔

جب مزمن التهاب زائدہ کے ساتھ التهاب حوض کی مزمن یا حاد حالتیں موجود ہوتی ہیں تو سریری خصائص میں ایک دوسرے رخ میں تبدیلی واقع ہو جاتی ہے۔ ان دونوں حالتوں کا ایک خاصہ یہ ہے کہ ان میں درد شکم کے متوالی حملوں کی طرف رجحان پایا جاتا ہے، اور کثرت طمث، درجیض، سیلان مواد، اور عقم کی حالتیں بھی بالعموم موجود ہوتی ہیں۔ جب علامات ان علامات سے زیادہ شدید معلوم ہوں جو حوض کے خاص اعضا کے ضرر کی موجودہ مقدار سے متوقع ہوں تو زائدہ کو ماؤف تصور کرنا قرین عقل ہوتا ہے۔

جوتبھی امارات مزمن التهاب زائدہ میں پائے جاتے ہیں وہ چند ہی ہیں اور بخوبی واضح نہیں ہوتے۔ حوضی التهاب اور التهاب زائدہ کے اصابت میں ”خطہ زائدہ“ میں اکثر اوقات اہمیت پائی جاتی ہے۔ بعض اوقات عمیق جس پر ایک خاص دبازت محسوس کی جاسکتی ہے جو اس حد تک مختص مقام ہوتی ہے کہ اسے زائدہ سے منسوب

کیا جاتا ہے۔ اگر معدہ اور معائے اثنا عشری بھی ماؤف ہو چکے ہوں تو ممکن ہے کہ الیمیت شکم کے بالائی حصہ میں پائی جائے۔ اگر امتحان حوض سے ٹیوں اور میضین کی ایک خاص التہابی کلانی ظاہر ہوتی ہو تو زائدہ اور ورم کا تعلق محض استقصائی علمیہ ہی سے معلوم کیا جاسکتا ہے۔

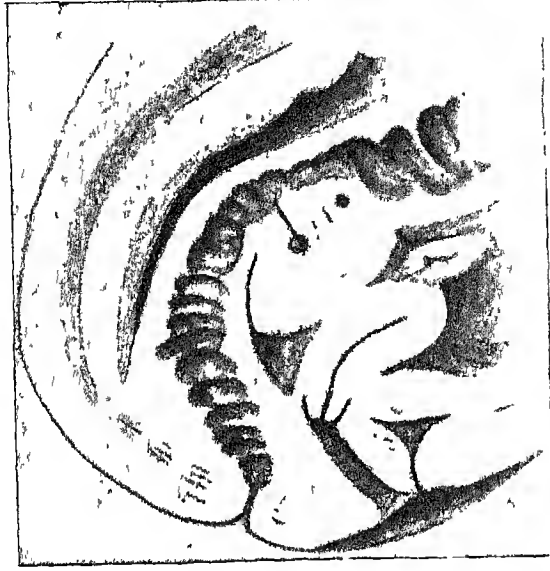
علاج۔ مزمن التہاب زائدہ کے مریضوں میں تمام طبی علاج بالعموم بے اثر ثابت ہوتا ہے اور انجام کار علمیہ ہی کی ضرورت ہوتی ہے۔ اس قسم کے زائدہ کو دور کرتے وقت عمومی جراح کو یہ بات ذہن نشین رکھنا چاہئے کہ اس کے ساتھ ہی ٹیوں اور میضین بھی اکثر و بیشتر ماؤف ہوتے ہیں اور ان کا احتیاط سے ضرور امتحان کرنا چاہئے۔ اور اسی طرح ماہر امراض النساء کو بھی مزمن طور پر ملتہب خیمہ جات پر علمیہ کرتے وقت استقصائے زائدہ کو ہرگز نظر انداز نہ کرنا چاہئے اور جب کبھی اس میں کوئی غیر طبی حالت موجود ہو تو اس (زائدہ) کو دور کر دینا چاہئے۔

التهاب عطفہ

(DIVERTICULITIS)

”التهاب عطفہ“ کی اصطلاح ان التہابی تغیرات پر مشتمل ہے جو عطفیت (diverticulosis) کی وجہ سے یا اس سے ثانوی طور پر پیدا ہوتے ہیں اور عطفیت ایک ایسی حالت ہے جس میں معائے کبیر کی دیواروں میں نشتی جیبیں پائی جاتی ہیں۔ یہ جیبیں باعطفہ (diverticula) غشائے مخاطی کے بروزات ہیں جو معدے کے عضلی طبقہ میں سے گزر جاتے ہیں اور ان کا منتجب مقام حوضی قولون کا بالائی حصہ ہے۔ لہذا اس مرض کا مطالعہ نظام غذائی کے کسی دیگر حصہ کی نسبت قولون کے حوضی حصہ کے سلسلہ میں زیادہ غور و خوض کے ساتھ کیا گیا ہے اور اس لئے ”التهاب عطفہ“ (diverticulitis) اور التہابی سینی (sigmoiditis) مترادف اصطلاحات ہیں۔ جس طرح التہاب اعور (typhilitis) کی قدیم اصطلاح کی جگہ التہاب زائدہ (appendicitis) کی اصطلاح رائج ہو گئی ہے اسی طرح ”التهاب سینی“ (sigmoiditis) کی جگہ اب ”التهاب عطفہ“ (diverticulitis) کی اصطلاح مروج ہے۔

جہاں تک التهاب عطفہ کی اصطلاح کے صحیح معنوں کا تعلق ہے اسکو عطفی لاسل التهاب تک ہی محدود رکھنا چاہئے، کیونکہ امعاء کا بیش تکوینی التهاب عطفات کی عدم موجودگی میں بھی پایا جاسکتا ہے۔ بہت اگلب ہے کہ التهاب قولون کی وہ قسم جس سے التهابی تودہ



نشل ۲۰۰۔ موص کی انتہائی ترشش کی ایک تصویر جو ناقب التهاب سب عطفہ (Perforating Diverticulitis) کے ایک اصابہ سے لی گئی ہے۔ رودہ کی دیوار کچھ فاصلہ تک مضیق ہو گئی ہے اور ایک تنگ مجریٰ اس حصہ کے درون سے لیکر ملتہب بافت کے ایک تودہ تک جاتا ہے جو معار اور رحم کے درمیان واقع ہے۔ ایک اور عطفہ کی مجری ترشش بھی دکھائی دیتی ہے۔ خلوی بافت کی سرایت زیادہ بڑے عطفہ سے واقع ہوئی ہے اور تمام سمتوں میں اس کے پھیلنے سے ایک کشیف التهابی تودہ بن گیا ہے۔ موخرتہ انبان ایک التهابی رشتہ سے پڑے (میکسویل۔

ٹیلنگ: Maxwell-Telling)۔

پیدا ہوتا ہے تقریباً ہمیشہ التهاب عطفہ ہی ہوتی ہو، اور چونکہ یہ درونی قسم (intrinsic type) (دیکھو نشل ۲۰۰) ہی ہے جس سے ماہر امراض النساء کو سائیکہ پڑنے کا سبب سے

زیادہ امکان ہے اس لئے ہم ”التهاب عطفہ“ ہی کی اصطلاح کو اپنے استعمال کے لئے موزوں ترین قرار دیں گے۔

التهاب عطفہ عورتوں کی نسبت مردوں میں زیادہ عام ہوتا ہے۔ [۱۶ عورتوں کے مقابلہ میں ۲۵ آدمی (لوکھارٹ۔ مہری: Lockhart-Mummery) ۲۹ عورتوں کے مقابلہ میں ۱، آدمی (سپرگس: Spriggs)]، مگر یہ امر کہ ان ۹۲ اصابات کے سرسری اندراج میں سے جن کو میکسویل۔ ٹیلنگ (Maxwell-Telling) نے جمع کیا ہے ۳۴ عورتوں سے متعلق ہیں، یہ ظاہر کرنے کے لئے ایک کافی دلیل ہے کہ علم امراض النساء کی درسی کتاب میں اس عارضہ کا ضرور ذکر ہونا چاہئے۔ ٹیلنگ (Telling) کا یہ بیان ہے کہ ”اس امر میں کچھ شبہ نہیں کہ سینی خم (sigmoid flexure) کو حوضی احشاء سے امراضیاتی تعلق ہے، اور آئندہ تحقیقات سے یہ معلوم کرنے میں مدد ملے گی کہ عطفات ضررارت حوض میں کس نواتر سے حصہ لیتے ہیں۔“

344

جہاں تک حوضی قولون کا تعلق ہے فریزر (Fraser) نے ۱۸۹۱ء میں اس حالت کو بہت اہمیت دی تھی۔ مائی ہان (Moynihan) نے اس ملک میں اس عارضہ کے پہلے اصابت کی اشاعت سن ۱۹۰۷ء میں کی اور اس نے ”معائے کبیر میں مرض خبیثہ کے تشبہ (mimicry) کے پائے جانے متعلق اظہار کیا“ اور اس کے بعد میکسویل۔ ٹیلنگ (Maxwell-Telling) نے اس حالت کا ایک مفصل بیان مرتب کیا ہے۔

قولون سینی کی غشائے مخاطی کے عطفات اکثر رودہ کے اخداب کے قریب پائے جاتے ہیں۔ ان کا رجحان کثیر التعداد ہونے اور دو قطاروں میں واقع ہونے کی طرف ہوتا ہے۔ یہ اکثر مخاطیہ کے فقی بروزات کی شکل کے ہوتے ہیں جو زائد تری (appendices epiploicæ) میں چلے جاتے ہیں۔ یا ہر کی طرف سے یہ پتلی گردنوں والے صراحی نما اجسام کی شکل کے دکھائی دیتے ہیں۔ ان کے اور دروئے معاء کے درمیان جو رابطہ ہوتا ہے وہ بالکل جھوٹا سا ہوتا ہے اور بعض اوقات معاء کی گندلی کی غشائی شکلوں میں سے کسی ایک کے نیچے چھپا ہوتا ہے جس (۱) غیر طبعی کھردراپن،

۱۔ Brit. Med. Jour., 1907, ii, 138; Edin. Med. Jour., 1907.

۲۔ ”Acquired Diverticula” etc. Telling and Gruner, Brit. Jour. of Surg., iv., 1916—17.

(۲) چربی کی غیر طبعی مقدار (۳) طولانی بندوں کا تنشی انقباض پایا جاتا ہے۔ ان عطفوں کی جسامت بعض اوقات صرف خردبینی ہوتی ہے اور یہ کبھی زیادہ بڑے نہیں ہوتے اور ان میں بالعموم براز تغلط (inspissation) کے مختلف مدارج میں پایا جاتا ہے۔ بعض اوقات یہ اپنی پتلی گردن کے مقام پر معاء سے علحدہ ہو جاتے ہیں۔ اور آزاد اجسام غریبہ کی شکل میں حوض کے فرش پر پڑے رہتے ہیں۔

بجائے اسباب۔ ان غشائی روزات کے پیدا ہونے کا سبب امعاء کے اندر کے دباؤ کی زیادتی ہے جو براز کے جمع ہونے اور ٹھیس کے دباؤ سے پیدا ہوتی ہے۔ حوضی قولون میں براز کا رکود سب سے زیادہ ہوتا ہے اور یہی وجہ ہے کہ معاء کا یہ حصہ نہایت کثرت سے متاثر ہوتا ہے۔ سپرگس (Spriggs) طینات کے عادی استعمال کو ان کا سبب بتاتا ہے۔ ہر وہ چیز جو امعاء کے عضلی نظام کے فعل میں رکاوٹ پیدا کرتی ہے یا اسے کمزور کرتی ہے اس مرض کی پیدائش میں حصہ لیتی ہے مثلاً یہ کہا جاتا ہے کہ استرخائے احشاء سے غذائی عضلی نظام میں عمومی ضعف اور ارتخا پیدا ہو جاتا ہے۔ اس قسم کی کمزوری کا ایک اور سبب فرہی ہے اور یہ ثابت کیا جا چکا ہے کہ جن امعاء میں چربی جمی ہوتی ہیں ان میں ان امعاء کی نہایت جن کی ماسا ریفا پتلی ہوتی ہے عطفات بہت کثرت سے پائے جاتے ہیں۔ پیرانہ سالی بھی اس عارضہ کے مساعدا سباب میں سے ہے اور ٹڑھالے میں اس مرض کے بکثرت پائے جانے سے تقریبی تشخیص میں مدد ملتی ہے۔ ٹیلنگ (Telling) کے قول کے مطابق ۲۵ سال سے کم عمر کے مریضوں میں اس مرض کی موجودگی پر زیادہ غور کرنے کی ضرورت نہیں ہوتی اکثر اصابات میں عمر ۲۰ تا ۶۵ سال کے درمیان ہوتی ہے۔ لوکھارٹ جمری (Lockhart-Mummery) کے ۴۱ اصابات میں اوسط عمر ۶۰ اور کم سے کم عمر ۲۲ تھی۔

ماہرین امراض النساء ہونے کی وجہ سے یہیں ابتدائی ضرر کی نسبت ان ثانوی مرضیٰ اعمال سے زیادہ سابقہ پڑتا ہے جو قولونی عطفات کے سلسلہ میں واقع ہوتے ہیں۔ اور یہ امر ضرور تسلیم کرنا چاہئے کہ بعض اوقات معتد بہ جسامت کا ایک تودہ بھی بن جاتا ہے۔ اور جو التهابی تغیرات عطفات کے بننے کے بعد ظہور میں آتے ہیں ان سے پیدا شدہ علامات کا مطالعہ کرنا ضروری ہے۔ یہ ایک مشہور و معروف امر ہے کہ حوضی قولون کے

خطہ میں مزن التہاب باربطون نہایت کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ ٹیلنگ (Telling) نے بیان کیا ہے کہ بائیر و مرابنسن (Byrom Robinson) نے ۸۵ امتحانات میسٹری میں ۸۵ فیصدی عورتوں میں یہ حالت موجود پائی۔ اس بارے میں ابھی تک تحقیقات نہیں کی گئی کہ امر مذکور کس حد تک قولون کیسینی کے عطفات سے متعلق ہے، کیونکہ ایسے بہت سے عطفات ہوتے ہیں جن کا انکشاف خالی آنکھ سے نہیں کیا جاسکتا۔ بہر کیف منقسم حوضی قولون کی دباز ایک کافی عام مشاہدہ ہے اور یہ دبازت معتد بہ جسامت کے ایک دو کی تودہ پر منتج ہو سکتی ہے۔

ماہر امراض النساء کو یہ ذہن نشین رکھنا چاہئے کہ اس قسم کا مزن طور پر ملہتب حوضی قولون کبھی نہ کبھی اس کے مشاہدہ میں ضرور آئیگا، اور ان اصابات کی ایک بڑی نشہ اد میں التہاب کا سبب یا نوساتی الوجود عطفیت (diverticulosis) ہوتی ہے اور یا مقلبہ کا اکتابی فستقی بروز ہونا ہے جو معاً کے عضلی طبقہ میں سے گزر جاتا ہے۔

سریری خصائص۔ حوضی قولون کے التہاب کے سریری خصائص مندرجہ ذیل ہیں:-

(۱) درد۔ متوالی قسم کے قولنجی درد کی جو بائیں حرقنی حفرہ میں متحول ہوتا ہے ایک

طویل روئداد موجود ہوتی ہے۔ درد کے ساتھ بالعموم قے نہیں ہوتی۔

(۲) الیمیت۔ یہ حوضی قولون کے اوپر محسوس کی جاتی ہے، اور اس کے ساتھ بائیں طرف

پڑکی عضلات میں استواری پائی جاتی ہے۔

(۳) "سلعہ"۔ ایک متطول ورم پو پارٹ کے رباط سے اوپر اور اس کے متوازی واقع ہوتا

ہے جسکی جسامت بہت اختلاف پذیر ہوتی ہے، اور یہ غلطی سے بیضی یا رحی نو بالید تصور کیا جاسکتا

ہے۔ یہ تودہ عام طور پر الیم اور ثبث ہوتا ہے۔ اس کی جسامت میں بعض اوقات اختلاف واقع ہوتا

رہتا ہے حتیٰ کہ کچھ وقت کے لئے یہ غائب بھی ہو جاتا ہے۔ اس کی یہ اختلاف پذیری اسپینہ طبی مظاہر

کے لحاظ سے تشخیصی نقطہ نظر سے بہت عظیم الاہمیت ہے اس کے غائب ہونے کا سبب بعض اوقات

یہ ہوتا ہے کہ اس میں بیب پیدا ہونے کے بعد حثاء مشتبہ ہو جاتا ہے۔ خراج کے بننے اور پھٹنے

سے شدید علامات کا اضافہ ہو جاتا ہے جن سے پہلے حقیقت سے ضربہ مثلاً دوران اجابت میں

کانکھنے، یا موثر وغیرہ میں چکولے کھانے یا بجاری وزن اٹھانے وغیرہ کی روئداد موجود ہوتی ہے۔

اس حالت میں اصابہ کا سریری پہلو التہاب زائدہ کے مشابہ ہوتا ہے۔ جن ۴۴ ۴۳ ۴۲ ۴۱ ۴۰ ۳۹ ۳۸ ۳۷ ۳۶ ۳۵ ۳۴ ۳۳ ۳۲ ۳۱ ۳۰ ۲۹ ۲۸ ۲۷ ۲۶ ۲۵ ۲۴ ۲۳ ۲۲ ۲۱ ۲۰ ۱۹ ۱۸ ۱۷ ۱۶ ۱۵ ۱۴ ۱۳ ۱۲ ۱۱ ۱۰ ۹ ۸ ۷ ۶ ۵ ۴ ۳ ۲ ۱

جائے پرنال ٹیلنگ (Telling) نے کی ہے ان میں سے ۱۰ فیصدی میں عمومی التهاب باایطون واقع ہوا تھا، اور ۱۰ فیصدی میں مشانہ کے ساتھ ناسوری ربط قائم ہو گیا تھا۔
حوضی علامات - قولون کے التهاب اور زناہ اعضائے تناسل کے امراض کے درمیان



شکل ۲۰۱۔ اس لاشعاعی تصویر میں بہت سے ایسے سائے دکھائی دیتے ہیں جو پیریم کے حقنہ کے بعد قولون سیئی کے عطفات کی وجہ سے پیدا ہوئے ہیں (میکسویل ٹیلنگ)

ٹیلنگ (Maxwell-Telling)۔

جو تعلق ہے وہ عین مطالعہ کا مستحق ہے۔ پولین (Poulain) نے اس امر کی طرف توجہ دلائی ہے کہ التهاب انیموبہ اور التهاب عطفہ اکٹھے واقع ہو سکتے ہیں اور اس حالت میں یہ ایک دوسرے کی شدت کو بڑھا دیتے ہیں۔ التهاب عطفہ (diverticulitis) ویریدی التهاب (phlebitis) اور بائیں رباط عریض کے التهاب کے ساتھ بھی پایا جا چکا ہے۔ اس حالت میں علامات رحم یا ضخیمہ جاتا رحم کے متلازم ضرر کے متناظر ہوتے ہیں۔ جیسا کہ شکل ۲۰۰ (صفحہ ۵۴۳) سے ظاہر ہوتا ہے،

بعض اوقات ایک واضح سلعہ رودہ کے درونہ کے کسی قابل لحاظ تفتیق کے بغیر موجود ہوتا ہے، اور اس تودہ کو بیض اور رحم کے عوارض سے تمیز کرنا ضروری ہوتا ہے۔ قولونی الاصل ورم حوض کے کئی ایک ایسے اصابات درج کئے جا چکے ہیں جن میں امعاء سے متعلق علامات موجود نہیں تھیں، اور ٹیلنگ (Telling) کا یہ خیال ہے کہ حوض کے بائیں زیریں رنج میں واقع شدید جملہ التهابات و سلمات کی تفریقی تشخیص کرتے وقت التهاب عطفہ (diverticulitis) کا لحاظ رکھنا چاہئے۔

تشخیص - سینٹیہین (sigmoidoscope) کا استعمال مایوس کن ثابت ہوا ہے۔ عطفوں کے دھنوں کی شناخت اس لئے مشکل ہوتی ہے کہ یہ غشائے مخاطی کے نیم قمری شکلوں کے نیچے واقع ہوتے ہیں۔ بیریم کا حقنہ کرنے یا بسمتہ کی غذا دینے کے بعد لاشعاعوں کے ذریعہ سے امتحان کرنے سے ایسے عطفات کا انکشاف ہو سکتا ہے جو پہلے ہی مغلفہ براہ سے پُر نہ ہوں (دیکھو شکل ۲۰۱)۔ التهاب عطفہ اور سرطان کی تفریقی تشخیص میں مندرجہ ذیل امور کا خیال رکھنا چاہئے :-

التهاب عطفہ میں (ا) شکم کے بائیں حصہ میں مدت سے درد ہونے کی روئداد موجود ہوتی ہے لیکن مریضہ کے تغذیہ میں کمی انہیں پائی جاتی، (ب) ایک ورم موجود ہوتا ہے جو کبھی ظاہر ہو جاتا ہے اور کبھی غائب، (ج) بعض اصابات میں لاشعاعوں سے عطفات ظاہر کئے جاسکتے ہیں، اور (د) ارتفاع پیش کے جگے پائے جاتے ہیں۔

حوضی قولون کے سرطان میں (ا) لاغری بعض اوقات ابتدا ہی میں نمایاں ہو جاتی ہے، (ب) درد اور الیمیت کافی دیر کے بعد ظاہر ہوتے ہیں، (ج) ورم میں کوئی عارضی تخفیف واقع نہیں ہوتی، (د) نفیج اور نکون خراج کا نہایت ہی کم احتمال ہوتا ہے۔ ہمارے اپنے بعض اصابات میں عطفیت (diverticulosis) سے جو ثانوی التهاب نمودار ہوا وہ اس قدر منتشر تھا کہ اس کے خصائص پس باریطونی لحمی سلعہ (retro-peritoneal sarcoma) کے مشابہ دکھائی دیتے تھے۔ بعض اصابات میں یہ بائیں رباط عریض کے قاعدہ پر کی منتشر دروں حمیت (endometriosis) سے ملتا جلتا ہے۔ تدریجی التهاب باریطون کی مکون (formative) یا بیشش تکونی (hyperplastic) قسم ایک دوسرا عارضہ ہے جو التهاب عطفہ کے متاخر نتائج کے مشابہ ہو سکتا ہے۔ التهاب عطفہ کے بعض اصابات میں التهابی بافت میں عفرتی خلیات (giant-cells) کے پائے جانے سے

تدرن کی تشخیص میں غلطی ہو چکی ہے۔

علاج۔ اگر مرض کافی جلد شناخت کر لیا جائے تو قولون کے جس قطعہ میں عطفات موجود ہوں اس کو کاٹ کر عظمہ کر دینا چاہئے۔ بعد میں رووہ کو دور کرنا غیر ممکن ہو جاتا ہے کیونکہ یہ ثانوی التهاب کی وجہ سے مثبت ہو جاتا ہے۔ اس درجہ میں اگر کچھ فائدہ ہو سکتا ہے تو وہ صرف قولون شکائی (colotomy) ہی سے ہو سکتا ہے۔

تشخیص اور علاج کے متعلق مزید معلومات حاصل کرنے کے لئے دیکھو "Diverticulitis and

its Surgical Treatment," J. P. Lockhart-Mummery, *Lancet*, February 27th, 1926; E. I. Spriggs and O. A. Marxer, "Intestinal Diverticula," *Quarterly Journal of Medicine*, 1925, xix., 78; W. J. Mayo, *Annals of Surgery*, 1930, October, 730.

حصّة يوم
خطي أمراض النساء

حصہ سوم - باب اول

فرج اور عجان کے امراض

حاد التهاب فرج

(ACUTE VULVITIS)

349

اُن التهابی اعمال کے تواتر کے مقابلہ میں جو تناسلی خطہ کے بالائی حصہ میں پائے جاتے ہیں فرج کے حاد التهابات نسبتاً قلیل الوقوع ہیں۔ فرج کا التهاب مہبل اور عنقی دروں رحمہ کے التهاب کے ساتھ تقریباً ہمیشہ پایا جاتا ہے۔ یہ سبب سے اسباب است میں، یہ اُن سرایت زدہ موادوں کے پہنچنے سے پیدا ہوتا ہے جو اوپر سے آتے ہیں اور سر سطح پر سے مسلسل گزرنے کی وجہ سے اسے اس قابل بنادیتے ہیں کہ عفونی اور دیگر سرایتی ہموات اس میں باسانی نفوذ کر جاتے ہیں۔ چنانچہ متخثر رحمی سلعات سے عفونی دروں رحمی التهاب، التهاب مہبل اور التهاب فرج بار بار پیدا ہو سکتا ہے۔ بولی ناسور عفونی مواد کا ایک منبع ہوتے ہیں اور یہ مواد فرج پر ایک بہت انساجی اثر پیدا کرتے ہیں۔ یقینی التهاب مہبل اسی طرح اثر کرتا ہے۔

التهاب فرج ذیابیطس سے بھی اسی طرح پیدا ہو سکتا ہے۔ شکر دار پیشاب مختلف فطرات مثلاً قلاع (thrush) (بویضی فطر: oidium)، مونیلیا پرسون (Monilia)، (Persoon) یا ارتقاشی شریہ (Vibriothrix) سے سرایت پیدا ہونے میں مدد دیتا ہے (دیکھو ٹلائی: Castellani) اور ان فطرات میں سے ہر ایک التهاب فرج پیدا کر سکتا ہے۔ برازی ناسورات، مکمل عجانی وریدگی اور بواسیر سے بھی حاد التهاب فرج بالواسطہ

Castellani and Taylor, "Vaginal Monilias," JI. Obst. and Gyn. ۱۷

Brit. Emp., Vol. 31, No. 1, 1925.

پیدا ہو سکتا ہے۔

چونکہ فرج کی جلد پر ایک دبیز محافظ سرخلہ موجود ہوتا ہے اسلئے حاد التهاب فرج کے پیدا ہونے سے پہلے یہ ضروری ہے کہ نسل سل منقطع ہو جائے۔ خراش اور موادات اور بلا واسطہ ضربہ مثلاً ماحقت یا زنا بالجبر سے ایسا ہو سکتا ہے۔ بچوں میں التهاب فرج سوزاک سے بہت آسانی سے پیدا ہو جاتا ہے، کیونکہ ان میں سرخلہ باریک اور نازک ہوتا ہے اور اس لئے بالغ عورتوں کے سرخلہ کی نسبت عضویوں کے لئے یہ کم نفوذنا پذیر ہوتا ہے۔

فرج کے التهاب حاد کے مختلف سریری اور امراضیاتی اقسام کو مندرجہ ذیل عنوانات کے تحت تقسیم کرنا مناسب ہوگا۔

(ا) زہراوی مرض - بنقہ سوزاک (Gonococcus) حاد التهاب فرج کا عام ترین سبب ہے، اور ۱۵ء فی صدی سے زائد اصابات میں مرض کا باعث ہی ہوتا ہے (جسکے (Jaschke) - سوزاکی التهاب فرج کے بیان کے لئے مطالعہ کنندہ کو "سوزاکی سوزاک" کا باب دیکھنا چاہئے (دیکھو صفحہ 286)۔

آتشکی التهاب فرج نوعی فروح اور فلطاحی سلعات (condylomata) کا ایک نادر وقوع لازمہ ہے (دیکھو "آتشک" صفحہ 300) اور "قرحہ لٹن" ("Ulcus Molle") یا "نرم قرحہ" ("Soft Sore") حاد التهاب فرج کے ساتھ قلیل الوقوع نہیں ہے۔ شفرٹن صغیر منورم اور منہج ہوتے ہیں، اور کثیر المقدار افراز سے ترپائے جاتے ہیں۔ غدِ اربی بالعموم کلانی یافتہ اور درو نیز ہوتے ہیں۔

(ب) غشائی التهاب فرج - یہ بالعموم منہجی، سہی سرائت (streptococcal infection) سے پیدا ہوتا ہے، لیکن کلیس لوفلر (Klebs-Löffler) کے عصیہ سے

بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ شفرٹن ملتهب اور منورم ہو جاتے ہیں، اور رمی مائل سبز غشا کی چکلیاں جا بجا پیدا ہو جاتی ہیں جو انجام کار تمام فرج کو اور یا اس کے ایک بڑے حصہ کو ڈھانک لیتی ہیں۔ صاف و دفیہ بانی غشا چھوٹے چھوٹے ٹکڑوں کی شکل میں اتر جاتی ہے، لیکن منہجی سہی التهاب فرج میں بڑے بڑے زرد غشیے (sloughs) علیحدہ ہو جاتے ہیں۔ جب تک کہ یہ حالت گنگرینی التهاب فرج میں تبدیل نہیں ہو جاتی غشائے مذکور جلد کی مضطبی تہوں ہی سے مرکب ہوتی ہے، لیکن جب ایسا ہو جاتا ہے تو یعنی شمی بافتوں کے گہرے حصے بھی ماؤت

ہو جاتے ہیں۔ غشائی التهاب فرج سے بعض اوقات فرج کی سطحی بے اشتقاقی (superficial atresia) پیدا ہو جاتی ہے۔

علاج - عضویہ کی تفسید کرنے کے بعد مناسب مصل کا استعمال کرنا چاہئے۔ مقامی طور پر ان حصوں کے لئے فینال (phenol)، بن آیوڈائیڈ آف مرکری (biniodide of mercury)، فلیوین (flavine)، مرکیوروکروم (mercuochrome)، بریلیئنٹ گرین (brilliant green) اور میتھل وائیولیٹ (methyl violet) یا ”ڈٹال“ (Dettol) کے محلولات کا استعمال کرنا چاہئے۔

(ج) سرخبادی التهاب فرج (Erysipelatous vulvitis) خلوی جلدی بافتوں کے انتشاری فلمون کی ایک شکل ہے، اور یہ منتشر تھقی خلوی التهاب اور وسیع خراج پیدا کرتا ہے۔ یہ عارضہ خون پاش نبتہ سبجیہ کی سرائت کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اس کا علاج یہ ہے کہ مریضہ کی قوت کو میہجارت سے برقرار رکھا جائے، اور مصل دفع بنقات سبجیہ (antistrepto-coccal serum) کا استعمال کیا جائے۔ ماؤف رقبہ پر بریلیئنٹ گرین یا کرسٹل وائیولیٹ کے مریخ (liniment) کا حلال کرنا چاہئے، اور گاز کے رفا دوں سے جو گلیسرین سے ترہوں تکسبہ کیا جائے۔

(د) فلامی التهاب فرج (Apthous vulvitis) بعض اوقات ناقص التغذیہ بچوں میں، اور جوان عورتوں میں دوران حمل میں، اور طویل المدت اور مہلک مرض کے اختتام پر دیکھنے میں آتا ہے۔ اس کے امادات جن سے یہ شناخت کیا جاتا ہے جھولے جھوٹے سفید منظم قطعے ہیں جن کے ارد گرد سرخی کا ایک منطقتہ موجود ہوتا ہے، اور جن کے ساتھ ہی فرج کا بیج بھی پایا جاتا ہے۔ یہ سفید قطعے بعض اوقات بونفشی فطری (oidium albicans) کے جال کی سطحی بالید پر مشتمل ہوتے ہیں، لیکن کیسٹلانی (Castellani) اور فرینک ٹیلر (Frank Taylor) اور دوسرے محققین کی رائے کے مطابق ایسے دوسرے کئی ایک فطرات بھی ہیں جو اسی قسم کا اثر رکھتے ہیں، اور ان میں سے سبجیہ (monilia) کی جنس سے تعلق رکھنے والے خاص طور پر قابل ذکر ہیں۔

علاج - مقامی حالت ٹینکورا آیوڈائی (Tinct. Iodi) کے لگانے اور پوٹاشیم آیوڈائیڈ کے کھلانے سے بالعموم جلد درست ہو جاتی ہے۔

(س) گنگرینی التهاب فرج (Gangrenous Vulvitis)۔ یہ مرض شاذ و نادر ہی واقع ہوتا ہے، لیکن مکی نفاسیہ کے دوران میں یہ فرج کی کسی دریدگی کے عصبیہ نتیجے (bacillus Welchii) سے سرایت زدہ ہونے سے بعض اوقات پیدا ہو جاتا ہے۔ کبھی یہ سرخیادہ و فقیر یا زہراوی سرایت، جیچک اور ٹائفوس (typhus) میں بھی واقع ہو جاتا ہے۔ مقامی دروہت سخت ہوتا ہے اور اس کے ساتھ ہی شدید عمومی تسہم الدم بھی موجود ہوتا ہے۔

گنگرینی التهاب فرج کی ایک قسم جو آکلہ الفرج (Noma) کے نام سے موسوم ہے عام طور پر زمانہ طفولیت میں کسی نوعی مرض کے حملہ کے دوران میں اور یا اس کے بعد عارض ہوتی ہے۔ یہ مرض بالعموم یک جانبی ہوتا ہے۔ ایک طرف کا شفرہ متورم ہو جاتا ہے اور قلب کے ایک رقبہ پر ایک تاریک نشان نمودار ہو جاتا ہے جس پر پہلے آبلے اور پھر پھوٹے اور بعد میں نفخ اور گنگرین پیدا ہو جاتے ہیں۔

مقامی علاج گنگرین زدہ رقبہ کا آزادانہ استیصال کرنے اور ان حصوں پر سلفیورس ایسڈ (sulphurous acid) کا طلاء کرنے پر مشتمل ہے۔ اس کے بعد دفع عفونہ تنکیدات یا گلیسرین کے رفاؤں (compresses) کا استعمال کرنا چاہئے اور انہیں ہر چار گھنٹہ کے بعد بدلنا چاہئے۔ عمومی علاج خود زاد و جد رینوں اور مناسب مصلوں کا استعمال کرنے اور مریضہ کی طاقت کو برقرار رکھنے پر مشتمل ہے۔

دوسرے اور مختلف الاقسام حادث یا سخت الحاد جلدی ضررات بھی ہیں جو گاہے گاہے خطہ فرج کو مآوف کر دیتے ہیں۔ یہ یا تو خالصتہ مقامی ہوتے ہیں اور یا بیشتر ان امراض کے مقامی مظاہر ہوتے ہیں جو دوسرے اعضا کو بھی اسی طرح مآوف کرتے ہیں۔ ان عوارض کے تحت مندرجہ ذیل عوارض کا ذکر کیا جاسکتا ہے۔

(۱) ظلمہ (Herpes)۔ کسی ایک شفرہ کبیر پر آبلوں کے گرو پیدا ہو جاتے ہیں۔ جو بعض اوقات متحد ہو کر پھپھو لوں کی شکل اختیار کر لیتے ہیں۔ انجام کار یہ فاسکی ہو جاتے ہیں اور مشتق ہو کر خشک ہو جاتے ہیں۔ آبلوں کے بننے سے پیشتر شفرہ میں بہت درد ہوتا ہے اور درجہ ثوران میں سخت جھلی اور خراش ہوتی ہے۔ بسمنہ کاربونیٹ (bismuth carbonate) (اڈرام) اور لینولین (lanoline) (اوش) سے مرکب مرہم لٹنٹ پر پھیلا کر حصہ مآوف پر

لگانا چاہئے۔

351

(ب) ویمیلیت (Furunculosis) - شہرتین کبیر پر ویمیلیت شہری جراثیم کے سرانٹ زدہ ہونے، کھڑیخوں، اور کئی (acne) سے پیدا ہوتی ہے۔ یہ بعض اوقات خرابی صحت کی علامت ہوتی ہے۔ چھوٹے چھوٹے قوانج پر سیرٹ میں بنائے ہوئے آئیوڈین کے ۲ فی صدی محلول کا طلاء کرنا چاہئے۔ دلوں پر ٹنگاں دیگر دفع عفونت نکسید کروینا چاہئے۔ سرانٹ کے کررملہ کو روکنے کے لئے مینگینز (manganes)، قلمی (tin)، ”سٹیناکسل“ (Stannoxyl) اور غوزاد جدرین کے استعمال کی سفارش کی جاتی ہے۔

(ج) تسمیط (Intertrigo) اس خطہ کا عام ترین ضرر ہے، اور یہ فریبہ اور غلیظ مریضوں میں شہرہ کبیر اور تناسلی فحذی تجویف (sulcus genito-femoris) کی سطحی سرخی کی شکل میں دیکھنے میں آتا ہے۔ موسم گرما میں یہ مرض نہایت کثیر الوقوع ہوتا ہے اور اس سے کھجلی اور درد پیدا ہوتا ہے۔ تسمیط کے مریضوں کو ہر روز غسل کرنا چاہئے، اور ماؤف حصوں کو سیرٹ میں بنائے ہوئے ریسورسین (resorcin) کے ۱/۲ فی صدی محلول سے دھو کر ان پر زنک آکسائیڈ اور بورک ایسڈ کی برابر مقدار سے مرکب سفوف چھڑکنا چاہئے۔ صدفیہ (psoriasis) اور رخت متعدی (molluscum contagiosum) ناوڑ الوقوع امراض جلد ہیں۔

مرزمن التهاب فرج

(CHRONIC VULVITIS)

فرج کا مرزمن التهاب مذکورہ سابقہ حادثات کے عاقبہ کے طور پر واقع ہوتا ہے، اور سوزاک میں یہ خاص طور پر پایا جاتا ہے جس میں فرج کی مسلسل خراش اس سرانٹی مواد سے پیدا ہو سکتی ہے جو عفن سے آتا ہے۔ عنوان بالابا میں بعض نمایاں سریری حالتیں مثلاً اکرمیا (eczema) بیاضی سطحیت (leucoplakia)، پڑھروگی فرج (kraurosis)، ذیابیطی التهاب فرج اور حکتہ الفرج (pruritis vulvae) بھی شامل ہیں۔ فرج کا اکرمیا (Eczema Vulvae) بالعموم شہرتین کبیر کی اندرونی سطح پر

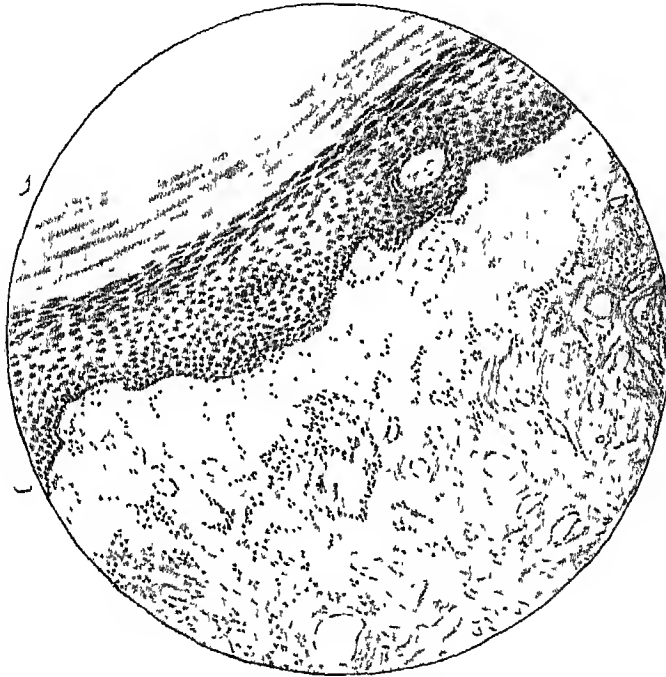
بتوری ثوارن کی شکل میں شروع ہوتا ہے، لیکن یہ شہر تین صغیر اور فرج کے مشعر حصوں پر بھی پایا جاتا ہے۔ ثور آبلہ نما ہو جاتے ہیں، اور ان میں نقشہ نمودار ہو جاتا ہے۔ اس کے بعد ایک مرطوب سطح باقی رہ جاتی ہے جس کے ارد گرد جلد ہی سرخ رنگت کا ایک منطقہ طیار ہو جاتا ہے۔ حاد اصابات میں یہ احماری منطقہ دوڑ تک پھیل جاتا ہے، اور عجان اور راتوں کی اندرونی جانوں تک پہنچ جاتا ہے۔ بہت مزمن اصابات میں ماؤف رقبہ خشک ہو جاتے ہیں اور ان پر پھلکے بن جاتے ہیں، اور ان میں اکثر بیشیش پرورش پائی جاتی ہے۔ حاد مدارج میں درد اور مزمن مدارج میں کھلی اور طبلن (حسّیہ: pruritis) پائی جاتی ہے۔ کھلی سے تنگیں حاصل کرنے کیلئے ماؤف حصوں کو مجبوراً کھروچا اور ملا جاتا ہے، اور اس طرح خراشید گیاں پیدا ہو جاتی ہیں جو کچھ وقت گزرنے پر سرانٹ زدہ ہو جاتی ہیں۔ اس سے بعض اوقات ایسا ہوتا ہے کہ مرض کے حقیقی مناظر ان ثانوی ضررات کے نیچے پوشیدہ ہو جاتے ہیں جو ضرر اور سرانٹ سے پیدا ہو جاتے ہیں۔

علاج۔ اگر ممکن ہو سکے تو اگر کیا کے سبب، مثلاً کسی مہملی مواد یا کسی حساسیتی حالت (allergic state) کا انکشاف کرنے کے بعد اس کا مناسب ذرائع سے علاج کرنا چاہئے۔ حاد درجہ میں بستر میں آرام کرنا ضروری ہوتا ہے۔ مریضہ کو ۹۵ ف تیش کے پانی سے غسل دینا چاہئے جس میں ایک ایک اونس سوڈا بائی کاربونیٹ اور پوٹاشس بائی کاربونیٹ ملا یا گیا ہو۔ اس سے کھلی کو تنگیں ہو جاتی ہے۔ اس کے بعد ماؤف حصوں پر مسکن ادویہ لگائے جائیں۔ لاکوار پلمباں سبب ایسی ٹیس (Liq. plumbi subacetatis) (۱ ڈرام) اور ایسیڈائی سیلی سیلیائی (Acidi Salicylici) (۵ گرین) ایک اونس دودھ میں حل شدہ میں لٹ کر کے استعمال کرنے کی سفارش کی گئی ہے۔ اور یا سیلی سیلک ایسڈ (salicylic acid) ۲۰ گرین اور زنک یا بسمتھ آکسائیڈ ۳ ڈرام اور لینولین (lanoline) ۱ اونس سے مرکب مرہم لٹ لگا کر استعمال کیا جائے۔ فرج کے وسیع اکریما کے بعض اصابات بہت دشوار علاج ہوتے ہیں۔ جن حالتوں میں شدید مقامی خراش، مسلسل کھلی، اور نیند نہ آنے سے عمومی صحت پر خراب اثر پڑ رہا ہو ان میں برقی حرارت رسانی (diathermy) سے ماؤف رقبہ کا استیصال کر دینا چاہئے۔

فرج کی بیاضی سطحیت (Leucoplakia Vulvæ)

(بیاضی سطحی التهاب فرج: Leucoplakic Vulvitis) - برکلی (Berkeley) اور
بوننی (Bonney) نے اس ضرر کی یہ تعریف کی ہے کہ ”یہ ایک مزمن التهابی کیفیت ہے
جس کے امتیازی خصوصیات ابتدائی مدارج میں نمایاں بیش و مویٹ، خلوی فعالیت،
اور متاخر مدارج میں نمایاں سرطانی بیش پرورش، اور زیر سطحی ہافت کی دبازت یافتہ“

352



شکل ۲۰۲ - فرج کی بیاضی سطحیت (Leucoplakia Vulvæ) - ۱۔ طمانی
خلیوں کی سطحی تہ میں مفرد قرنی انحطاط اور نقش و نگار دکھائی دیتا ہے - (ب) بلاومہ
کے عین نیچے اومہ کی انعکالی ہافت میں زجاجی انحطاط کا ایک عریض منقطع نظر آتا
ہے اور یہ تقریباً بے ہافت معلوم ہوتا ہے۔

متصلب اور باز کشیدہ حالت میں -

مرض کی خوب نمایاں حالت میں تمام فرج بااستثنائے دلیز و دہیہ مبالغہ
متاثر ہو جاتی ہے، اور یہ مرض بعض اوقات جانبین کی طرف رانوں کی شکلوں تک، اور

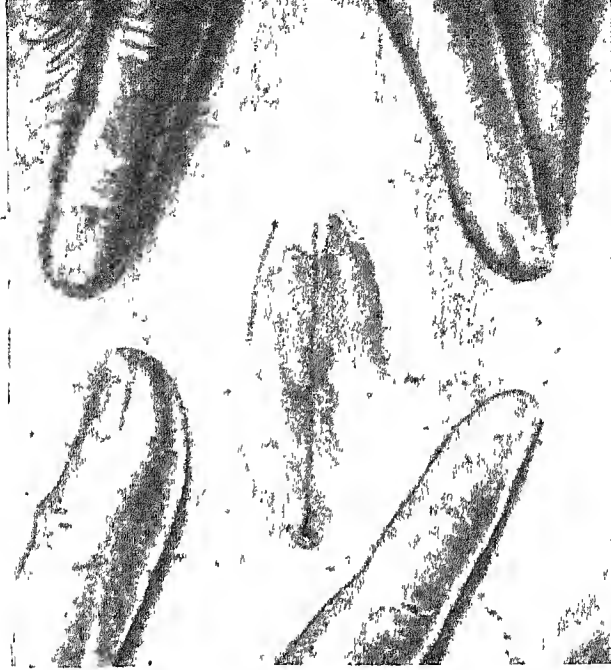
عجان پر بھی مبرز کے گرد پھیلا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۲۰۹) اس مرض کا سبب معلوم نہیں۔ مذکورہ بالا مصنفین نے چوبیس اصابات کے ایک سلسلہ کا امتحان کیا ہے، اور ان کو آتشک کے متعلق کوئی سرسری یا نسبیاتی ثبوت نہیں ملا۔ ان کا یہ بیان ہے کہ انیس اصابات کے ایک سلسلہ میں اوسط عمر کا ون سال تھی۔

امارات۔ فرج کی بیاضی سطحیت چار سرسری مدارج میں تقسیم کی گئی ہے۔ پہلے درجہ میں ماؤف حصے سرخ، متورم اور منسج ہوتے ہیں، اور سطح خشک ہوتی ہے۔ دوسرے درجہ میں شفر تین کی جسامت کم ہو جاتی ہے، جس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ زیر سطحی دہانت سے بافتیں باز کشیدہ ہو جاتی ہیں۔ سطح کی رنجت اب سرخ سے غیر شفاف سفید ہو جاتی ہے (دیکھو صفحہ ۱۳)۔ اور یہ تبدیلی قطعات میں واقع ہوتی ہے جو متحد ہوتے جاتے ہیں حتیٰ کہ تمام رقبہ غیر شفاف ہو جاتا ہے۔ بیاضی سطحیت (leucoplakia) کی اصطلاح کی وجہ تشبیہ یہی ہے۔ تیسرے درجہ میں اشتقاقیات اور قرعے نمودار ہو جاتے ہیں جن سے قلیل المقدار مواد خارج ہوتا ہے، اور بعض اوقات چھوٹے سے خفیف سائز ف بھی واقع ہو جاتا ہے۔ اس درجہ میں کسی قرعہ یا اشتقاق میں نمیت سرطانی تغیرات بھی پیدا ہو جاتے ہیں (دیکھو شکل ۲۰۹، صفحہ ۳۶۹)۔ اگر سرطان نمودار نہ ہو تو بیاض سطحیتی حالت چوتھے یا آخری درجہ میں پہنچ جاتی ہے، جس میں ماؤف رقبہ صاف چمکدار اور سفید ہو جاتا ہے، شفر تین صغیر اور بظرف تقریباً غائب ہو جاتے ہیں، اور مرض ساکن ہو جاتا ہے۔

353

امراضیات۔ نسبیاتی مناظر کا ذکر ابستدائی وسطی اور متناظر مدارج کے لحاظ سے کیا جاسکتا ہے۔

ابستدائی درجہ میں سرطلہ میں دہانت اور زیر سطحی انصالی بانٹ میں گول خلیوں کی درریش پائی جاتی ہے۔ یہ درجہ اس حالت کا متناظر ہے جو شکل ۲۰۹، صفحہ ۳۵۷ میں نزد قرینیت (parakeratosis) کے نام سے دکھائی گئی ہے۔ اس شکل کو دیکھنے سے یہ ظاہر ہوگا کہ قرنی تہیں قرینیت نما انحطاط کی وجہ سے دبیز ہو گئی ہیں، اور قاعدی تہ میں سرطانی بیشش ٹکون موجود ہے، اور آدمہ کے خلیوں کے درمیان سرطانی خلیوں کے زائد سے بن گئے ہیں جو گہرے چلے گئے ہیں۔ گول خلیوں کی درریشش انہی گہرے سرطانی زائدوں کے گرد نمایاں تر بن ہوتی ہے۔ وسطی درجہ میں قرینیت یافتہ سرطلہ میں نفشر شروع ہو جاتا ہے، گول خلیوں کی



بیاضی سطحی التهاب فرج (Leucoplakic Vulvitis) کا دوسرا درجہ۔ بانٹوں کی مارکشی کیفیت سے
شغرتین ضمیر کڑے ہوئے ہیں۔

در ریزش کی جگہ مصلی خلیوں کا ارتشاح لے لیتا ہے، اور اومہ کی سطحی تہوں کی انصالی بافت میں زجاجی اسخراط رونما ہو جاتا ہے۔

متناخر درجہ میں قرنی تہ تقشر کی وجہ سے پتلی ہو جاتی ہے، نیچے کی طرف بڑھنے والے سرحلی زائد سے غائب ہو جاتے ہیں، اومہ کے زجاجی اسخراط کی وجہ سے لچکدار ریشے اور سنڈر انصالی بافت بھی غائب ہو جاتے ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ زجاجی مادہ کا ایک وسیع منطقہ سرحلمہ کے عین نیچے بعض اوقات دکھائی دیتا ہے (دیکھو شکل ۲۰۲)۔ اس درجہ میں جس میں متقشر سرحلمہ اسخراط یافتہ اومہ کے اوپر واقع ہوتا ہے شکاف اور انشقاق پیدا ہو جاتے ہیں، اور بعض اوقات ان پر خباثت کا اضافہ ہو جاتا ہے۔ متناخر درجہ کی آخری حالت لیفیت کی ہوتی ہے۔ زجاجی مادہ کی جگہ لیفی بافت لے لیتی ہے اور اومہ ہمیشہ کے لئے دبیز ہو جاتا ہے۔ اسی اثنا میں سطحی سطح جوزیر بالیدوں (downgrowths) سے متبرہ ہوتا ہے ایک باریک اور چوٹی تہ کی شکل اختیار کر لیتا ہے جو منضلب بافتوں کو ڈھانکے ہوتی ہے۔

علامات۔ صرف ایک ہی علامت ہے جو بیشتر پائی جاتی ہے، اور وہ حکۃ الفرج یا مقامی کھجی ہے۔ پہلے اور دوسرے درجوں میں یہ بہت شدید ہوتی ہے۔ تیسرے درجہ میں درد اور شدید تالم انتیازی علامات ہوتے ہیں جو قروح اور انشقاقات کے قاصدوں میں بھی انتہاؤں کے منکشف ہو جانے سے پیدا ہوتے ہیں۔ چوتھے درجہ میں علامات غائب ہو جاتے ہیں۔ تشخیص۔ بیاضی سطحیتی التهاب فرج (leucoplakic vulvitis) کو پڑ مردگی فرج (kraurosis) سے ضرور تمیز کرنا چاہئے۔ ان دونوں عوارض کے درمیان جو اختلافات پائے جاتے ہیں ان کے لئے مطالعہ کنندہ کو صفحہ 355 دیکھنا چاہئے۔ اگر بیاضی سطحیت کے تیسرے درجہ میں کوئی قرصہ یا انشقاق موجود ہو تو یہ فیصلہ خرد بین سے کرنا چاہئے کہ آیا یہ ضیث ہے یا نہیں۔

انذار۔ اصابات کی ایک قلیل تعداد میں مرض چوتھے درجہ تک پہنچ جاتا ہے جس میں مرض ساکن ہو جاتا ہے، اور بقیہ اصابات میں بعض اوقات سرطان پیدا ہو جاتا ہے۔ بیاضی سطحیت کے بعد جو خباثت پیدا ہوتی ہے اس کی فی صدی شرح وقوع ابھی تک معلوم نہیں کی گئی۔

علاج۔ پہلے اور دوسرے درجوں میں وہی علاج کرنا چاہئے جو حکۃ الفرج کا ہے

(دیکھو صفحہ 357)۔ اگر مرض رفق نہ ہو اور یا یہ تیسرے درجہ میں پہنچ جائے تو آزادانہ تنبہصال سے علاج کرنا چاہئے (دیکھو حصہ پنجم۔ باب سوم، صفحات 905 تا 911)۔

بیاضی سطحیتی التهاب فرج کا تعلق سرطان سے۔ یہ ضرور اچھی طرح سے سمجھ لینا چاہئے کہ بیاضی سطحیت بین طور پر ایک بیش سرطان حالت ہے۔ نیچرانی نقطہ نظر سے غیبت تغیر بین جلیبی سرطانی زائندوں کی ترقی پذیر بیش پرورش کی شکل میں ظاہر ہوتا ہے۔ جس سے یہ زائند سے انصالی بافت میں اور گہرا لغو ذکر تے جاتے ہیں۔ یہ سرطانی فعالیت بیاضی سطحیت کے دوسرے درجہ میں انتہا کو پہنچ جاتی ہے۔ پیدائش سرطان کے میلان کا دوسرا درجہ کلانی یا نقتہ بین جلیبی زیر بالیدوں کے تفرع کی شکل میں دکھائی دیتا ہے۔ بونی (Bonney) اس تعلق پر زور دیتا ہے جو غیبت سرطانی بالیدگی اور زیر سرطانی بافتوں کی اس متغیر حالت کے درمیان موجود ہوتا ہے جو بیاضی سطحیت میں پائی جاتی ہے۔ اس مرض کے اولین مدارج میں زیر سرطانی بافتوں کی ”خلوی توانائی“ میں اضافہ ہو جاتا ہے جو سرطانی بیش پرورش کا پیش خیمہ ہوتا ہے“ (بونی: Bonney)۔ متاخر درجہ میں یعنی جس میں زجاجی تغیر واقع ہو جاتا ہے (دیکھو شکل ۲۰۲) اور یکجہ دار بافت غائب ہو جاتی ہے مگر الذکر کی عدم موجودگی فعال سرطانی بالیدگی کی مساحت کرتی ہے۔ بیاضی سطحیت کے آخری درجہ میں جس کا امتیازی خاصہ کثیف تضلع ہوتا ہے سفید یعنی عناصر غالباً سرطانی در بالیدگی کو بند کر دیتے ہیں، اور یہی وجہ ہے کہ بیاضی سطحیت کے اس درجہ میں خباثت کی طرف کم رجحان پایا جاتا ہے۔

پتر مردگی فرج (Kraurosis Vulvæ)۔ بریکسکی (Breisky) نے ۱۸۸۵ء میں فرج کے ایک مرض کی طرف توجہ دلائی جس کو اس نے پتر مردگی فرج کے نام سے موسوم کیا ہے۔ اس زمانہ تک اس مرض کی کسی نے شناخت نہیں کی تھی، اور اس کے بعد کئی سال تک اس کو بیاضی سطحیت کے ساتھ خلط ملط کیا جاتا رہا۔ برگلی (Berkeley) اور بونی (Bonney) نے پتر مردگی فرج کی یہ تعریف کی ہے کہ یہ ”فرج کی ایک ذبولی حالت ہے جس میں سرری طور پر دہنہ مہیل کا ضیق (stenosis) پایا جاتا ہے“ اور امراضیاتی طور پر اومہ کے بعض تغیرات پائے جاتے ہیں۔

تقسیم۔ شفر تین صغیر دہلیز اور مہیل کے دہنے داؤف ہو جاتے ہیں اور کبھی کبھی غلفہ اور بطر بھی متاثر ہو جاتے ہیں۔ شفر تین کبیر کی بیرونی سطح کی جلد ٹھکنے لگتی ہے

عجان اور پس میری خطہ اس مرض سے کبھی ماؤف نہیں ہوتے۔

امارات۔ اس مرض کے دو مدارج ہیں۔ پہلے درجہ میں مخاطی جلدی سطح سرخ جھلکتی ہوئی اور چکدار ہوتی ہے، اور شوخ سرخ یا ارغوانی رنگ کے چھوٹے چھوٹے علحدہ علحدہ دھبے موجود ہوتے ہیں (صفحہ ۱۳)۔ مبالغہ مخاطیہ میں سقوط اور التهاب کی ایک کیفیت اکثر پائی جاتی ہے۔ دوسرے درجہ میں سطح پھیکتی زرد (صفحہ ۱۳) جھلکتی ہوئی اور صاف ہو جاتی ہے، اور تمام جود برابر ہو جاتا ہے۔ دہنہ ہیل سکر جاتا ہے، اور ہسبی امتحان مشکل ہو جاتا ہے، شفر تین صغیر اور بظرف غائب ہو جاتے ہیں، جبل الزہرہ مذلول ہو جاتا ہے اور موئے زہار کڑکیلے ہو کر ٹوٹ جاتے ہیں یا گر جاتے ہیں۔

علامات۔ مریضہ تالم، درد، عسر البول، اور جماع مؤلم کی شکایت کرتی ہے۔ حکمہ الفرج نمایاں علامت نہیں ہوتی، اور ممکن ہے کہ یہ غائب بھی ہو۔ سب سے بڑی تکلیف جماع مؤلم ہوتی ہے۔ تھیبیرج (Thibierge) کا بیان ہے کہ ”پیشہ مردگی فرج کے فعلی علامات بالکل میکافی نوعیت کے ہوتے ہیں“۔ پہلے درجہ میں عسر البول بہت واضح ہوتا ہے، اور مجامعت درد خیز ہوتی ہے۔ دوسرے درجہ میں دہنہ ہیل کے سکر جانے کی وجہ سے مجامعت غیر ممکن ہو جاتی ہے۔

امراضیات۔ سرطانی سرطانی کے مقابلہ میں زیادہ باریک ہوتا ہے، اور اکثر خلیے غائب ہو جاتے ہیں۔ زیر سطحی بافتوں میں التهابی خلیوں کے قطعات دکھائی دیتے ہیں۔ سطحی رقبہ کے نیچے مصلی خلیوں کے جماع دکھائی دیتے ہیں جو باریک شدہ اور چھٹی سطحی تہ کے مین ساتھ ہی ملے ہوئے ہیں۔ مصلی خلیوں کے ساتھ کثیر الاشکال نواتی سفید خلیے اور لمفی خلیے ملے ہوتے ہیں۔ قبل الذکر سطحی سرطانی خلیوں کے درمیان سے باہر نکل جاتے ہیں۔ لچکدار بافت سوائے اس جگہ کے جہاں مصلی خلیوں کے اجتماعات کی افراط ہوتی ہے ہر جگہ موجود ہوتی ہے۔ اگرچہ تغیرات ایک بڑی حد تک التهابی ہوتے ہیں لیکن ایسا معلوم ہوتا ہے کہ صنفی ہارمونوں کی قلت اور ان کے فقدان کو پیدائش مرض میں بہت کچھ دخل حاصل ہے۔

تشخیص۔ چونکہ اس مرض کے بیاختی سلطیت کے ساتھ خطہ ملط ہو جانے کا امکان ہے اس لئے میسر تفریقی امور مندرجہ ذیل جدول میں بالاختصار بیان کئے جاتے ہیں۔

بیاضی سطحیت

(۱) ایک مزن التہابی حالت ہے۔ سبب نامعلوم۔ اوسط عمر تقریباً ۵۰ سال۔

پیشہ مردگی فرج

(۱) ایک ذی بولی حالت ہے جس میں التہاب جلد کے قطعات پائے جاتے ہیں۔ نوجوان عقیم عورتوں میں، زمانہ انقطاع الطمث پر، اور استیصال بیضین کے بعد پائی جاتی ہے۔

(ب) مرض شفرتین صغیر و لیز اور مبال اور جہیل کے دھنوں تک ہی محدود رہتا ہے۔ بقیہ فرج اور اس کے متصل رقبہ جات (ران اور عجان) متاثر نہیں ہوتے۔

(ج) تین درجے تیز کئے جاتے ہیں۔

(۱) ماؤں رقبہ سرخ ہوتا ہے

اور پردہ بکارت کے بقیہ حصوں اور

دلیز پر اور مبال کے ارد گرد اور غوانی مائل

سرخ قطعات موجود ہوتے ہیں۔

(۲) بافتیں باز کشیدہ اور باریک

ہوتی ہیں۔ رنگت تبدیل ہو کر زرد بکد اگڑی

کے رنگ کی طرح کی ہو جاتی ہے۔ سطح جھلکتی

ہوئی اور بالکل صاف ہوتی ہے۔

(۳) شفرتین صغیر اور بطرغائب

ہو جاتے ہیں۔ جیل الزہرہ مذبذب ہو جاتا

ہے۔ موئے زمار غائب ہو جاتے ہیں۔

دھنہ مہیل سکر جاتا ہے۔

(۵) خباثت کی طرف کوئی رجحان نہیں پایا

جاتا۔

(ب) دلیز اور مبال کا دھنہ کبھی متاثر نہیں ہوتے۔ مرض بقیہ فرج پر مہرز کے ارد گرد اور تناسلی مخذمی تجویف پر پھیل سکتا ہے۔

(ج) تین درجے تیز کئے جاتے ہیں۔

(۱) حصے سرخ، متورم، منسج

اور خشک ہوتے ہیں۔

(۲) بافتیں باز کشیدہ اور دباؤ

یافتہ ہوتی ہیں۔ رنگت سرخ سے نیم شفاف

سفید ہو جاتی ہے۔

(۳) شقائق، قروح، مواد

چھوٹے پر زنف شقائق یا فرج میں

سرطان پیدا ہو سکتا ہے۔

(۵) ایک بیش سرطان حالت ہے۔

علاج - جو مخفف مرض علاج حکۃ الفرج کے ضمن میں بیان کیا گیا ہے اس کو آزمایا جائے۔
 سُرخ رقبہ جات کی کئی کی جاسکتی ہے، اور یا ان کا استیصال کیا جاسکتا ہے، اور مریض کو ہبل کے
 ضیق کے لئے کوئی نگہبانی عملیہ سرانجام دیا جاسکتا ہے جیسا کہ صفحہ 202 پر بیان کیا گیا ہے۔
 ذیابیطسی التهاب فرج (Diabetic Vulvitis) - جن عورتوں میں شدید پرچہ
 کی شکر بولیت کی شکایت موجود ہوتی ہے ان میں فرج پر سے شکر دار پیشاب کے متواتر گزرنے
 رہنے سے بافتوں میں ایک قسم کی مزمن التهابی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے جس کو ”ذیابیطسی
 التهاب فرج“ کے نام سے موسوم کیا گیا ہے۔ اول اول شکر بولیت کی علامت بعض اوقات
 صرف حکۃ الفرج ہی ہوتا ہے، لیکن جوں جوں مرض ترقی کرتا جاتا ہے فرج کی بافتیں بتدریج
 ایک ایسا منظر اختیار کر لیتی ہیں جو تقریباً مینیز مرض ہوتا ہے۔ شفر تین اور بالخصوص شفر تین
 کبیر متورم ہو جاتے ہیں اور ان میں ٹھوس پھج کی ایک حالت پائی جاتی ہے۔ ان کی رنگت
 پھیکسی سُرخ اور بہت ممتاز ہوتی ہے۔ اولین ضرر پر عفونی پھیپیدگیوں کا اضافہ بھی
 قلیل الوقوع نہیں، یہ دیمیلیت (furunculosis) کی شکل میں یا ایسی خراشیدگیوں کی
 شکل میں نمودار ہوتی ہیں جو باؤف رقبوں کو کھر و چنے سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ اس درجہ پر
 حکۃ الفرج بہت شدید ہوتا ہے اور نیند نہ آنے اور مسلسل خراش سے مریضہ پر زندگی
 دو بھر ہو جاتی ہے۔ ایسا اکثر ہوتا ہے کہ ذیابیطس کی مریضہ اول اول فرجی علامات ہی کی وجہ
 سے لمبی مشورہ طلب کرتی ہے، لہذا حکۃ الفرج کے ہر صابہ میں پیشاب کا احتیاط سے امتحان
 کرنا ضروری ہوتا ہے۔

ذیابیطسی التهاب فرج کو مختلف اسباب سے منسوب کیا گیا ہے، یعنی پیشاب
 کے خراش اور اثر سے، یا مختلف لہنوں (yeasts) سے جن کی بالیدگی کو مناسب وسیط سے
 مدد ملتی ہے، یا بنی مرض سے پیدا شدہ مقامی لمبی خرات سے۔

356

علاج لازمی طور پر بنی یا مقامی ہوتا ہے۔ غذا کے سوال یا انسولین (insulin) کے
 استعمال کے متعلق عام تفصیلات معلوم کرنے کے لئے مطالعہ کنندہ کو طب کی درسی کتب کو
 دیکھنا چاہئے۔ حکۃ الفرج اور عفونی پھیپیدگیوں کو رفع کرنے کیلئے جو اکثر موجود ہوتی
 ہیں مقامی تدابیر کا اختیار کرنا ضروری ہوتا ہے۔ میگنیشیم سلفیٹ (magnesium
 sulphate) کی چند گرم تکبیدات سے مذکورہ شکایات سے آرام ہو جاتا ہے کیونکہ

میگنیشیم کے اطلاق اپنے دفع و اثرات کی وجہ سے مفید ہیں۔ جب زیادہ حاد الہتابی علامات رفع ہو جائیں تو مقامی خراش کو لوشیو کارمین (lotio carminæ) یا اینڈرینالین (adrenalin) اور میتھی لینڈ سپرٹ (methyated spirit) یا دوسرے مختلف مسکن عوامل میں سے جن کا ذکر آگے چل کر کیا گیا ہے (دیکھو حکمت الفرج) کسی ایک کے متواتر استعمال سے تسکین دینا چاہئے۔

حکمت الفرج (Pruritis Vulvæ)۔ فرج کی خراش جو کھجلی اور جلن کی شکل میں پائی جاتی ہے بلاشبہ ایک علامت ہے مرض نہیں۔ مزید برآں یہ عارضہ مختلف مرضی حالتوں سے پیدا ہو سکتا ہے اور اس کے ساتھ دوسرے علامات بھی پائے جاسکتے ہیں۔ سسینگر (Sanger) نے اس کو کھجلی الہتباب فرج (vulvitis pruriginosa) کے نام سے ایک علیحدہ مرض قرار دیا ہے اور ویٹ (Veit) نے ایک خاص امراضیاتی کیفیت نژد قمریت (parakeratosis) کو حکمت الفرج کی ایک امتیازی خصوصیت بیان کیا ہے۔ نژد قمریت میں قمریت یا تہ سر حلقہ کے زائے اومہ کے اندر گہرے چلے جاتے ہیں اور یہاں یہ سفید خلیوں کی درریش کے منطفوں سے محصور ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۳۰۳)۔ الہتباب (derma titis) کی یہ قسم شاید حکمت الفرج کی پیش رو نہیں بلکہ اسے کلنے اور کھر و چنے کا نتیجہ خیال کرنا چاہئے۔

بعض اوقات شدید کھجلی کے موجود ہونے کی حالتوں میں کوئی مقامی مرضی کیفیت دریافت نہیں کی جاسکتی۔ اکثر و بیشتر مثالوں میں خراش کی وجہ سے کھر و چنے کی ضرورت پیدا ہو جاتی ہے جس سے مقامی مناظر میں ایسے تغیرات رونما ہو جاتے ہیں جو اصلی مرض کو بعض اوقات پوشیدہ کر دیتے ہیں۔ بنظر اور شفر تین سفیر کا مناظر رقیہ اکثر اس مرض سے ماؤف ہوتا ہے اور شدید اصابات میں شفر تین کبیر تمام دہنہ مہیل عجائی جسم مہر اور پس مہرزی حصہ تمام کے تمام بعض اوقات ماؤف ہو جاتے ہیں۔ یہ مرض لڑکیوں، جوان عورتوں، یا بوڑھی عورتوں میں پایا جاتا ہے۔ جب مرض کم شدید ہوتا ہے تو خراش زیادہ تر یا تمام تر صرف رات ہی میں بستر پر لیٹنے کے بعد محسوس ہوتی ہے۔ بہر کیف شدت مرض کے تمام مدارج پائے جاتے ہیں اور شدید ترین اصابات میں مسلسل اور ناقابل برداشت کھجلی کی شکاوت رات موجود رہتی ہے اور مریضہ نیند نہ آنے اور مسلسل تکلیف کی وجہ سے نحیف اور لاغر

ہو جاتی ہے اور ہیں یہ علم ہے کہ ایسے مریضوں کا خاتمہ جنون یا خودکشی پر بھی ہوا ہے۔
اسباب - حکمت الفرج کئی ایک مختلف مرضی حالتوں سے پیدا ہوتا ہے اور یہ
 تین گروہوں میں تقسیم کی جاسکتی ہیں۔ (۱) مزمن مواد جو فرج کی غشائے مخاطبی میں خراش پیدا
 کرتے ہیں۔ (۲) وہ امراض جن سے فرج ابتدائاً ماؤف ہوتی ہے۔ (۳) سہمی کیفیتیں اور عصبانیت
 (neurosis)۔

(۱) اگر موادات رحم یا دیوار ہائے مہبل سے آتے ہوں تو ان سے حکمت الفرج
 بالعموم پیدا نہیں ہوتا، لیکن مزمن سوزاکی موادوں اور ریڑ کے مغضول فرجہ سے پیدا شدہ
 عفونی موادوں سے یہ اکثر شروع ہو جاتا ہے۔ کسی چھوٹے سے مثانی مہبل ناسور سے
 پیناب کے فطرات کے مسلسل نکلنے سے بعض اوقات ناقابل برداشت حکمت الفرج پیدا
 ہو سکتا ہے اور مثانہ کے عضلہ عاصرہ کے عدم ضبط سے بھی تقریباً ایسا ہی نتیجہ حاصل ہوتا ہے۔
 جوان عورتوں میں جو غلیظ رہتی ہوں جوؤں یا مہبل کھیل کے جمع ہونے سے اور بچوں میں ان چروں
 سے جو قتال مبرز سے فرج میں چلے جاتے ہیں تقریباً ویسے ہی نتائج پیدا ہوتے ہیں جو مہبل
 موادوں سے پیدا ہوتے ہیں۔ مساحقت سے کبھی کبھی حکمت الفرج پیدا ہو جاتا ہے اور اس کا
 تعلق بھی اسباب کی اسی قسم سے ہے۔

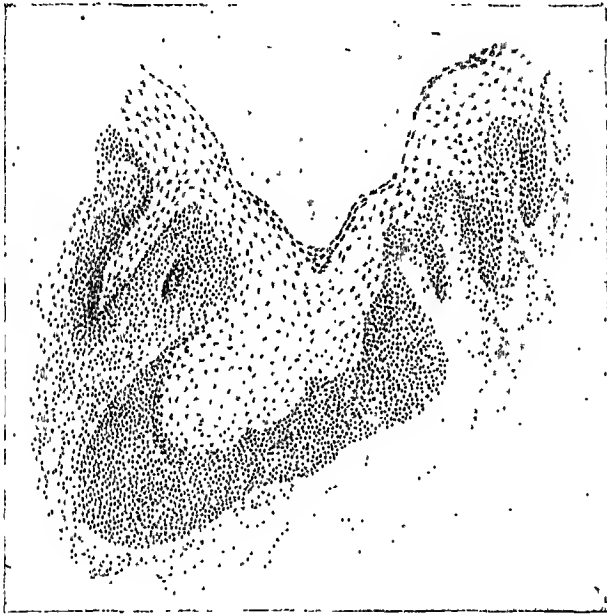
357

(۲) تقرج کے مزمن اقسام مثلاً وورنہ یا ثانوی آتشک سے پیدا ہوتے
 ہیں کھلی پیدا کرتے ہیں، لیکن یہ حالتیں نادر الوقوع ہیں۔ بہر کیف تین امراض جلد ایسے ہیں
 جن سے یہ نساو بالعموم شدید حالت میں پیدا ہوتا ہے اور یہ کافی عام ہیں۔ یہ امراض الکزیمیا
 (eczema)، بیا ضی اسطیحت (leucoplakia) اور فیا بیٹسی الٹہاب فرج ہیں۔
 (۳) سہمی حالتیں اور عصبانیت۔ ایسے اصابت جن میں حکمت الفرج کے ساتھ

حصص ماؤف کے مناظر میں سوائے ان تغیرات کے جو کھر و چنے سے پیدا ہوئے ہوں اور کوئی شش
 پذیر تغیرات نہیں پائے جاتے بالعموم کسی عصبانیت سے منسوب کئے جاتے ہیں۔ اس قسم کے
 حکمت الفرج کے مریض عصبانیتی یا ہسٹیریا مریض کے ہوتے ہیں۔ حکمت الفرج ایک عام
 استثنائی حالت ہے جو معمولی حالت میں محض ایک خفیف سامرض ہوتا ہے لیکن بعض اوقات یہ
 اس قدر شدید ہو جاتا ہے کہ ناقابل برداشت ہو جاتا ہے اور اس سے تمام جسم کی جلد میں عمومی
 خراش پیدا ہو جاتی ہے۔ بعض محققین کا اب یہ خیال ہے کہ یہ مرض حکمت الفرج الدم

(gravidic toxæmia) سے پیدا ہوتا ہے، مگر یہ اس خراش سے بھی پیدا ہو سکتا ہے جو مختلف لہنوں کی مقامی سراسر سے پیدا ہوئی ہو، اور یا یہ مہلی بافتوں میں گلائیسیکوجن (Glycogen) کے بافراط مطروح ہونے سے رونما ہوتا ہے۔

حکمتہ الفرج کا علاج۔ کسی محرک سبب، مثلاً شکر بولیت یا سیلانِ ابض کی موجودگی کے امکان پر پہلے فوراً کرنا چاہئے۔ اگر اس قسم کے عوارض کو نظر انداز کر دیا جائے تو علاج



شکل ۲۰۳۔ فرج کی زرد قرینیت (Parakeratosis)۔ حکمتہ الفرج کے ایک اصابہ سے۔

لازمی طور پر ناکام رہے گا۔ دوسرا غور طلب امر یہ ہے کہ اگر جلد میں کوئی مقامی تغیرات موجود ہوں تو ان کی نوعیت معلوم کی جائے۔ اور جب اس قسم کا کوئی تغیر موجود نہ ہو تو درود کو مقامی طور پر تسکین دینا ہمیشہ مشکل ہوتا ہے، لیکن کیلشیم لیکٹیٹ (calcium lactate) اور پوٹاشیم آئیوڈائیڈ (potassium iodide) اور قلعی مسکنات کے داخلی استعمال سے بعض اوقات کچھ فائدہ ہو جاتا ہے۔ مزمن الکڑیا اور ریاضی سطحیت کے ابتدائی درج کے مریضوں میں

مناسب مقامی علاج سے بالعموم بہت فائدہ ہوتا ہے اور اکثر مریض مکمل طور پر شفا یاب ہو جاتے ہیں۔

جہاں تک مقامی علاج کا تعلق ہے دو ابتدائی امور بہت اہم ہیں، یعنی انتہائی مقامی صفائی کا خیال رکھا جائے اور جہاں تک ممکن ہو سکے کھر و چنے اور ملنے سے احتراز کیا جائے۔ مرض کی شدید حالت میں مریضہ اکثر نبتہ میں غیر شعوری طور پر کھر و چن لیتی ہے اور دوسرے اوقات میں خراش اس قدر شدید ہوتی ہے کہ مریضہ ملنے یا کھر و چنے سے باز نہیں رہ سکتی۔ سونے سے پہلے گرم قلوئی غسل و رکی سے اکثر اوقات عارضی طور پر تسکین ہو جاتی ہے اور ادویہ کا مقامی استعمال کرنے سے بیشتر مقامی صفائی کے نقطہ نظر سے یہ ایک مفید ابتدائی تدبیر ہے۔

اُن کثیر التعداد مقامی اطلاعات میں سے جواب منفعل ہیں کسی ایک کی بھی یقین کے ساتھ سفارش نہیں کی جاسکتی، کیونکہ جس چیز سے ایک مریضہ میں کامیابی ہو جاتی ہے وہ ممکن ہے کہ دوسری میں ناکام ثابت ہو۔ خفیف یا ابتدائی اصابات میں اور یا ایسی حالت میں جبکہ مقامی تغیرات موجود نہ ہوں، مسکنات، مثلاً تخفائیل (thymol) یا منتھول (menthol) کا ۵ فی صدی مرہم یا غسل (lotion) یا ۱۰ فی صدی کلوریتون لوشن (chloretoe lotion) کا ایسا ہوسکتے ہیں۔ اور اگر ان کے استعمال سے ناکامی ہو تو مرہم کوکین (cocaine ointment) ۵ تا ۱۰ فی صدی کی آزمائش کی جاسکتی ہے۔ مزید اس گرم مرہم یا دے جی بن کو غسل (lead lotion) یا غسل افیون (opium lotion) میں ڈبو کر سوجھا گیا ہو اور یا جین پر ٹیمپیم بیلاڈونی (linimentum belladonnæ) چھڑکا گیا ہو بعض اوقات مفید ثابت ہوتے ہیں۔ بعض اصابات میں قوی دافع عفونت محلولات زیادہ کامیاب ثابت ہوتے ہیں، مثلاً... امین ایکیوڈائیڈ آف مرکری (biniodide of mercury) جو پیکلورائیڈ (perchloride) کی نسبت زیادہ آسانی سے جلد میں نفوذ کر جاتا ہے، یا ۵ فی صدی کاربالک غسل (carbolic lotion) کا بکثرت استعمال جس سے دافع عفونت اور مقامی معدوم ہر دو اثرات پیدا ہوتے ہیں۔ جب مقامی تغیرات زیادہ ترقی کر گئے ہوں تو ایسے کاویات کا استعمال اکثر مفید ثابت ہوتا ہے جو اتنے قوی ہوں کہ کسی قدر تھقل پیدا کر دیں، مثلاً خاص امانت یا فٹہ کاربالک ایسڈ کا طلا جو معدوم جس کے

زیر اثر ماؤف رقبوں پر بخوبی کیا جائے۔ اس قسم کے دواؤں میں سے سلور نائٹریٹ (silver nitrate) کا محلول (۱ اونس میں ۱۰ گرین) زیادہ قوی دوا نہیں اور اس کے لگانے سے بہت کم درد پیدا ہوتا ہے۔ بعض مثالوں میں مستند قوت سے نصف قوت کے مرہم سیاب مرقق (dilute mercurial ointment) یا فلزاتی مرہم (unguentum metellorum) کو جو شفا خانوں کے قراہ دینوں میں درج ہے، احتیاط سے مسلسل استعمال کرنے سے بہت فائدہ ہوتا ہے۔ دشوار علاج مریضوں میں بعض اوقات لاشعاعوں یا برقی حرارت رسانی (diathermy) کے استعمال یا فرج کے استیصال کی ضرورت ہوتی ہے۔

فرج کا تفریح

فرج میں جو عفونی یا سرانٹی اعمال واقع ہوتے ہیں ان سب سے تفریح پیدا ہوتا ہے۔ علاوہ ازیں ہر خبیث نوبالید انجام کار تفریح کا باعث ہوتی ہے اور سلیم الاصل نوبالیدیں بھی سرانٹ زدہ ہو کر خارجی اعضائے تناسل میں تفریح پیدا کر دیتی ہیں۔ لہذا اس سے یہ ظاہر ہے کہ جن ضررات کا ذکر مذکورہ بالا عنوان کے تحت یہاں ہونا چاہئے تھا ان سب کا یا ان میں سے بیشتر کا زیادہ مفصل بیان دوسرے مقامات پر لیکھا۔ چنانچہ ندرنی قروح، آتشکی گولات (syphilitic chancres) ثانوی یا ثالثی آتشکی تفریح، جلد خورہ (esthiomène)، ”زرم قرحہ“ (”soft sore“) یا قرحہ رخوہ (ulcus molle)، قرحہ قارضہ (rodent ulcer)، سرحلی سلحہ (epithelioma) اور بیاضی سطحیبتی التهاب فرج سے پیدا شدہ تفریح کا ذکر علیحدہ علیحدہ عنوانات کے تحت کیا گیا ہے۔

عفونی قرحے۔ یہ قرحے بعض اوقات حمی نفاسیہ کے دوران میں نئے قروح کی شکل میں یا سرانٹ زدہ فرجی یا عجمانی دریدگیوں کے نتیجہ کے طور پر فرج پر پیدا ہو جاتے ہیں کبھی کبھی چھوٹے چھوٹے عفونی قرحے حفرہ زور قیہ میں یا پردہ بکارت پر نمودار ہوتے ہیں جو جمع اول میں پیدا شدہ دریدگی کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ ان کا علاج دافع عفونت نطول اور مرہم کوکین (۲ فی صدی) سے کرنا چاہئے اور اگر ان کے اندام میں تاخیر مرنے کے امالات ظاہر ہوں تو نکات کا استعمال کرنا چاہئے اور یا قرحہ کا استیصال کر دینا چاہئے بعض اوقات

ان سے زیادہ بڑے قرعے شفرتین پر بھی پیدا ہو جاتے ہیں جو یا تو کسی شدید اتفاقی زخم کے سرایت زدہ ہونے سے رونما ہوتے ہیں یا کسی منشق دوالی و رید یا دموی سلعہ کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ ان کے لئے بستر میں آرام کرنے اور رافع عفونت تکسیہ، مثلاً ٹھلیسین اور فلیوین (۵۰۰) میں ۱ کی ضرورت ہوتی ہے۔

شقاقات۔ یہ خاص کردہ لیز اور حفرہ زورقیہ میں واقع ہوتے ہیں اور یہ اسٹھلے خط منا قرعے ہوتے ہیں جو از حد حساس ہوتے ہیں اور اس لئے دورانِ مجامعت میں ان سے بہت درد پیدا ہوتا ہے۔ قرعہ کے قاعدہ کو کاٹ کر الگ کر دینے یا ایک دو دفعہ ٹھوس سلور نائٹریٹ (silver nitrate) یا اماعت یافتہ کاربالک ایسڈ لگانے سے ان کا علاج بآسانی کیا جاسکتا ہے۔ اس اثنائیں فرج کو نہایت صاف رکھنا چاہئے۔

جربانی قرعے (Follicular Ulcers)۔ یہ بعض اوقات عفونتی التهاب فرج کے بعد پیدا ہوتے ہیں اور شفرتین کیسیر کی مشعر جلد پر اور گاہے گاہے دیگر حصوں پر واقع ہوتے ہیں۔ تعداد میں یہ کبھی ایک ہوتے ہیں اور گروہوں میں پائے جاتے ہیں بعض اوقات یہ عمومی دملیت (general furunculosis) کا جزو ہوتے ہیں اور بعض اوقات یہ بطور خود بھی فرج پر پیدا ہو جاتے ہیں۔ پہلے پہل ایک بشو (papule) نمودار ہوتا ہے جو بعد میں ایلہ نما ہو کر قاسمی ہو جاتا ہے اور انجام کلاس سے ایک چھوٹا سا گول قرعہ بن جاتا ہے جس کی گہرائی بعض اوقات معتد بہ ہوتی ہے۔ کبھی کبھی قاسمے خفک ہو جاتے ہیں اور خشک رشتہ طیلہ نہیں ہوتا تا وقتیکہ اس کے نیچے کی سطح مندل نہ ہو جائے۔ ماؤف مقامات کے ارد گرد کبھی کبھی ایک معتد بہ تضلع پیدا ہو جاتا ہے جو درد اور ایسیت کا باعث ہوتا ہے۔ بورک ایسڈ کے خفک تکسیہ کے خارجی استعمال اور لوہے، یوگینیز اور قلمی کے داخلی استعمال سے ان کو بننے سے روکا جاسکتا ہے۔

پرورشنی قرعہ (Trophic Ulcer)۔ بعض اوقات لاغر اشخاص میں ایک من قسم کا تقرح دیکھنے میں آتا ہے جو اس تقرح کے مشابہ ہوتا ہے جو خدی عشاءے مخاطی میں واقع ہوتا ہے اور ”پرورشنی تقرح“ (”trophic ulceration“) کے نام سے تعبیر کیا گیا ہے۔ ایسے قرعے بہت دشوار علاج ہوتے ہیں اور ان کی حسیج اہم اہمیت معلوم نہیں۔ چند مثالوں میں ان قروں کی سطح پر سسے جن کے مناظر اکثر نذری ضررات کے

مشابہ ہوتے ہیں عصبیہ دبیر (bacillus crassus) کی کاشت کی جا چکی ہے۔
 نذرانی قرحے۔ یہ فرج میں نثار و نادر ہی پیدا ہوتے ہیں، اور یہ خاص کر ان مرضیہ
 بچوں میں پائے جاتے ہیں جن میں تناسلی بولی خطہ کا نذرانی مرض ترقی کر گیا ہو۔ یہ غیر مولم قسم کے
 ہوتے ہیں، اور ان میں وہی خواص پائے جاتے ہیں جو دیگر حصوں کے نذرانی تقرح میں پائے
 جاتے ہیں۔ خرد بین سے امتحان کرنے سے تشخیص کی توثیق ہو جاتی ہے۔ مقامی علاج سے
 بہت کم فائدہ ہوتا ہے کیونکہ جسم کے کسی دوسرے حصہ میں ترقی یافتہ نذران موجود ہوتا ہے۔
 مزید تفصیل کے لئے دیکھو صفحہ 307۔
 آئینہ شک۔ اس مرض کے تقرحی ضرر کے بیان کے لئے دیکھو صفحات

301 اور 302۔

جلد خورہ (Esthiomène) یا تناسلی مبرز زئی نصلی ورم (Genito-
 Anal Scleroma)۔ یہ ایک مزمن پیش پرورشی حالت ہے جو ثانوی تقرح میں پائی جاتی ہے۔
 اس کا ذکر صفحہ 385 پر کیا گیا ہے۔

بیاض سطحیتی قرحے (Leucoplakic Ulcers)۔ ان کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے
 (دیکھو صفحہ 353)۔

شعاع فطریت (Actinomycosis)۔ اس نادر الوقوع فرجی ضرر سے
 پیدا شدہ تقرح کا بیان صفحہ 318 پر دیا جا چکا ہے۔

قرحہ فارصہ (Rodent Ulcer)، سرطان، اور لحمی سلعہ (Sarcoma)۔
 ان امراض سے پیدا شدہ تقرح کا ذکر ان کے علیحدہ علیحدہ عنوانات کے تحت کیا گیا ہے۔

فرج اور عجان کے ضربتی ضررات

(TRAUMATIC LESIONS OF THE VULVA AND PERINEUM)

فرج کا دُموی سلعہ (Hæmatoma Vulvæ)۔ فرج کا دُموی سلعہ ضرب یا لٹا
 لگنے سے پیدا ہوتا ہے، اور یہ کسی دوالی مٹا وید کے انشقاق سے بھی رونما ہو سکتا ہے جو کسی
 شدید جسمانی تخت سے واقع ہوا ہو۔ علاوہ ازیں یہ اس عمیق نزف کا بھی نتیجہ ہوتا ہے جو

ان حصوں پر کے عملیات کے بعد ناقص احتباس الدم (haemostasis) کی وجہ سے واقع ہوتا ہے اور گاہے گاہے یہ چھوٹے چھوٹے عروق کے اشخی انحطاط سے بھی پیدا ہوتا ہے۔ موخر الذکر کی وجہ سے یہ دورانِ حل میں رونما ہو چکا ہے جیسا کہ ڈینبائی (Danby) کے ایک مندرجہٴ اصابہ میں ہوا تھا۔ ڈینبائی کا یہ خیال ہے کہ یہ حالت حل کے تسیم الدم کا ایک مقامی مظہر ہے اور یہ ان نزفات کے متماثل ہے جو غنئی اتفاقی نزفاً (concealed accidental haemorrhages) میں دیوارِ رحم میں واقع ہوتے ہیں۔

علامات - مریضہ مقامی درد اور الیمیت کی شکائت کرتی ہے اور بعض اوقات خون کے ضائع ہوجانے کی وجہ سے حدیم الدم ہوتی ہے۔

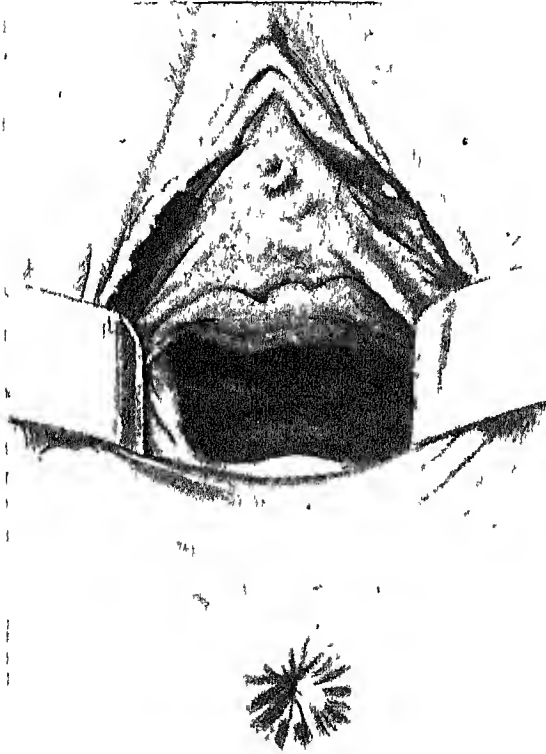
360

امارات - کسی ایک شفرہٴ کبیر پر ایک بڑا سائریک اور الیم ورم بن جاتا ہے جس سے جلد یا مخاطی سطح بعض اوقات منشق ہوجاتی ہے اور خارجی نرف بکثرت واقع ہوتا ہے اور بعض اوقات مقام انشقاق سے ایک حلقہٴ باہر کی طرف نکلا ہوتا ہے جو دوالی نادرید میں پڑا ہوتا ہے۔ اگر خون اس خلوی بافت میں چلا جائے جو حوضی ردا کی خارجی جانب پر واقع ہوتی ہے تو یہ شفرہٴ کبیر کو متہد کر دیتا ہے اور یہاں سے یہ پچھلی طرف کو عجان تک اور اگلی طرف کو دیوارِ شکم تک چلا جاتا ہے۔ ورم کی بستنگی مدتِ تضرر کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے پہلے یہ دویری ہوتا ہے اور پھر گندھے ہوئے آٹے کی طرح محسوس ہوتا ہے اور آخر میں یہ محکم ہوجاتا ہے۔ اگر سرائت واقع ہوجائے تو خراج بن جاتا ہے۔ اگر خون حوضی ردا کے نیچے کی خلوی بافتوں یعنی القضالی بافتوں میں باریطون کے پیچھے چلا جائے تو ایک ورم بن جاتا ہے جو بعض اوقات اتنا بڑا ہوتا ہے کہ مہبل کے درونہ کو بند کر دیتا ہے اور معائے مستقیم کو مضبوط کر دیتا ہے۔ اس قسم کا دموی سلعہ اس نرف سے پیدا ہو سکتا ہے جو حوضی ردا کے نیچے کی خلوی بافتوں میں واقع ہوا ہو اور خون اس ردا کو منتقب کرنے کے بعد انجام کار شفرہٴ کبیر میں درخیمہ ہوجاتا ہے۔

فرج کے دموی سلعہ کے پیدا ہونے کا احتمال حالتِ حل میں حدیم المحلی کی نسبت زیادہ ہوتا ہے اور دورانِ ولادت میں یہ رکاوٹ بھی پیدا کر سکتا ہے۔

علاج - مریضہ کو بستر پر ضرور لٹائے رکھنا چاہئے۔ اور سر ولیدٹوشن (lead lotion) لگانا چاہئے۔ اگر سرائت واقع ہوجائے تو ابھی طرح سے ایک شکاف دیکر

خون کے سرایت زدہ تھکے کو الگ کر دینا چاہئے اور وافع عفونت تکیدات کا استعمال کرنا چاہئے۔
 فرج اور عجان کی دریدگی - فرج کی وسیع دریدگیاں اور کوٹنگیاں حملہ مجرمانہ
 کا نتیجہ ہو سکتی ہیں اور مقامی ضربہ کے کم شدید مدارج مزاول فن کے مشاہدہ میں وقتاً فوقتاً
 اقدام زنا بالجبر کی وارداتوں میں لائے جاتے ہیں۔ اس قسم کے اصابت میں بہت احتیاط سے



شکل ۲۰۳ - صاحب ولادت عورت میں دہنیہ ہیل کا ارتجاع ہیل کی موخروہ کی
 دریدگی سے پیدا ہوا ہے۔ عجانی جسم کی جلد کی سطح غیر متعریجہ

تحقیقات کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ تفصیلات کے لئے مطالعہ کنندہ کو طب قانونی کی کتابوں
 کو دیکھنا چاہئے۔ کبھی کبھی فرج اور عجان کی دریدگی کسی سلاح پر یا منسل (bath) کے کنارہ پر
 اس طرح گرنے سے کہ ایک ٹانگ اوپر رہے اور ایک ٹانگ اوپر یا موٹر سائیکل کے کسی حادثہ سے

واقع ہو سکتی ہے۔ اس خطہ کے تضررات کی سب سے بڑی تعداد قبالتی تضررات پر مشتمل ہے۔
عجائی جسم کا مقدم ایک تہائی حصہ وضع حل کے دوران میں تقریباً ہمیشہ کسی قدر
دریدہ ہو جاتا ہے جس کا اثر یہ ہوتا ہے کہ موخر طفقہ (posterior commissure) اور جزو
زور قیہ تباہ ہو جاتے ہیں۔ عجمان کی تمام قابل لحاظ دریدگیوں سے مہیل کی موخر دیوار بھی متاثر
ہو جاتی ہے۔ اس حالت میں چاک بالعموم جانبی ہوتا ہے اور یہ ایک انچ اور یا اس سے زائد
فاصلہ تک اوپر کی طرف کو چلا جاتا ہے۔ جن عورتوں کو متعدد اولادیں ہوئی ہوں ان میں اسی قسم کا
ایک چاک دونوں جانبوں پر موجود ہوتا ہے۔ یہ چاک تجاویف کی شکل میں برقرار رہتے ہیں،
اور ان کا تعاقب عجمان کے مقدم کنارہ سے لیکر اوپر کے رخ میں کسی ایک جانب کو کیا
جاسکتا ہے اور ان کے درمیان دیوار مہیل کا وسطی حصہ منفرد ہو کر اکثر سقوط ہو جاتا ہے،
اور اس کی باقیقیں دبیز ہو کر ایک وسطی جھینر (median "spur") کی شکل اختیار کر لیتی
ہیں۔ جن عورتوں میں جسم عجائی کافی اچھی طرح سے مصئون ہوتا ہے ان میں بھی بعض اوقات
اس قسم کے تضررات پائے جاتے ہیں۔ مہیل کی یہ دریدگیوں عضلہ رافع ہمز (levator ani)
کے ان ریشوں کو جو اس کو سہارا دیتے ہیں اور مہیل کے عضلہ عاصہ کو تباہ کر دیتی ہیں۔ اور اس
کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ دہنہ مہیل مرتختی ہو جاتا ہے اور یہ اس قدر متدین پذیر ہو جاتا ہے کہ مریضہ کو
کوئی تکلیف ہونے کے بغیر مہیل میں تین یا چار انگلیاں داخل کی جاسکتی ہیں (دیکھو شکل ۲۰۳)۔
یہی وجہ ہے کہ یہ چاک مہیل کی موخر دیوار کے سقوط کی پیدائش کے اہم اسباب معدہ ہیں۔
موج مہیل کہ یہ مرتختی حالت ایسی حالت میں بھی موجود ہو سکتی ہے جبکہ عجمان میں کوئی ایسا تضرر
موجود نہ بھی ہو جو مذکورہ بالا تضرر سے بڑا ہو۔

بہر حال اکثر اوقات ایسا بھی ہوتا ہے کہ عجمان میں اس سے زیادہ وسیع تضرر واقع
ہو جاتا ہے اور یہ میز کے خارجی عضلہ عاصہ تک اور یا بشمول اس کے دریدہ ہو جاتا ہے۔
لہذا عجمان کی دریدگیوں کی تقسیم تین درجوں میں کی جاسکتی ہے۔ پہلے درجہ میں صرف
مقدم ایک تہائی حصہ ماؤف ہوتا ہے۔ دوسرے درجہ میں تمام عجائی جسم عضلہ عاصہ تک
متضرر پایا جاتا ہے۔ تیسرے درجہ میں خاص عضلہ عاصہ کا مقدم حصہ دریدہ ہو جاتا ہے۔
دوسرے درجہ کی دریدگیاں دہنہ مہیل کو بہت کشادہ اور بد شکل بنا دیتی ہیں مگر ان تمام
کے ساتھ سقوط موجود نہیں ہوتا گو مستقیقی مہیل قابل بہت کمزور ہو جاتا ہے۔ تیسرے درجہ

دریدگیاں مبرز کے منظر میں ایک خاص قسم کا تغیر پیدا کر دیتی ہیں۔ طبعی حالت میں عجمان کی لون دار جلد میں استھلے نصف قطری شکن پائے جاتے ہیں جو عضلہ عاصروہ کی دائمی باز کشی کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۲۰۳)۔ جب اس عضلہ کا مقدم حصہ دریدہ ہو جاتا ہے تو پیچھے ہوئے سرے باز کشیدہ ہو جاتے ہیں جس سے یہ عضلہ مستدیر ہونے کی بجائے ہلالی شکل یا نعل نما ہو جاتا ہے۔ جلد پر دونوں جانب پر اکثر اوقات ایک چھوٹا سا انقباض گرھایا یا جاتا ہے جو باز کشیدہ سروں کے محل کو ظاہر کرتا ہے (دیکھو شکل ۵۹۲، صفحہ ۸۹۴)۔ مزید برآں دونوں جانبوں پر کے اور پچھلی طرف کے نصف قطری شکن برقرار رہتے ہیں مگر آگے کی طرف کے غائب ہو جاتے ہیں۔ عضلہ عاصروہ کی کفایت بعض اوقات اس قدر متضرر ہو جاتی ہے کہ مستقیبی مخاطبیہ کا ایک حصہ ایک بے ساقچہ کریمچہ کی شکل میں ساقط ہو جاتا ہے جسکی رنگت شونخ سرخ ہوتی ہے اور عضلہ عاصروہ کی جو گرفت انگلی پر ہوتی ہے وہ ہمیشہ ایک قابل شناخت مدنک کمزور ہو جاتی ہے۔ ضرر کی زیادہ خفیف حالتوں میں مریضہ کو یہ کمزوری صرف اسہال کی شکایت کی موجودگی میں باریج کو ضبط کرنے کی کوشش کے دوران میں محسوس ہوتی ہے۔ شدید حالتوں میں مبرز میں عدم کفایت پائی جاتی ہے۔ ان نضرات کا علاج عجمان کی ترمیم پر مشتمل ہے۔ اس عملیہ (عجمان دوزی perineorrhaphy) کی سرانجام دہی کے طریقہ کا ذکر حصہ پنجم باب سوم میں کیا گیا ہے (صفحہ ۸۹۲ تا ۹۰۴)۔

362

شفری اور عجمانی فنت (Labial and Perineal Hernia)۔ عورتوں

میں فنت شفری صنف دیگر کے متناظر عارضہ (فنت اربی: inguinal hernia) کی نسبت بہت کم پایا جاتا ہے۔ عورتوں میں فنت کی جو دو قسمیں عام طور پر پائی جاتی ہیں یعنی اربی اور فغزی، ان میں سے اربی زیادہ کثیر الوقوع ہے۔

فنت شفری میں بعض اوقات رودہ اور بعض اوقات ثرب پایا جاتا ہے، شاذ طور پر اس میں بیض اپنی رفیق تلی کے ہمراہ اور یا اس کے بغیر بارحم ایک یا دونوں جانب کے ضمیمہ بٹا کے ساتھ پایا جاسکتا ہے۔ شکل ۱۱۹ صفحہ ۱۶۲ میں ایک زائد قرن الرحم اور ایک ناقص المنور جی تلی دکھائی گئی ہے اور یہ ساختیں ایک فنتی تاجہ سے نکالی گئی تھیں۔ چند ایسی مثالوں کا اندراج بھی کیا جا چکا ہے جن میں فنت اربی میں حامل رحم پایا گیا تھا۔ اور یہ

ضروری یاد رکھنا چاہئے کہ بعض اوقات زائدہ غمیریہ (processus vaginalis) یا قنالِ نِک (canal of Nuck) کا قیلہ مائیہ (hydrocele) فتق شفری سے قریبی مشابہت رکھتا ہے۔ یہ شفرہ کبیر کے مقدم نصف میں واقع ہوتا ہے، اس کی ہتکی نرم ہوتی ہے، اور یہ بلاشبہ ناقابلِ ترجیح ہوتا ہے۔

شاذ طور پر ایسا بھی ہوتا ہے کہ ڈگلس کی باریطونی جیب مہبل اور قنالِ مہرز کے درمیان عجان تک ایک ناچہ کی شکل میں پھیلی ہوتی ہے۔ ان صورتِ حالات میں معائنے صغیر کا ایک چنبر نیچے اتر آتا ہے، اور مہبل قیلہ معمولی (vaginal enterocele) کی شکل میں نمودار ہو جاتا ہے، اور یہ عجان میں بھی عجمانی فتق کی شکل میں ظاہر ہو جاتا ہے (دیکھو شکل ۲۰۵)۔ مہبل قیلہ معمولی سطحی طور پر قیلہ مستقیم (rectocele) کے مشابہ ہوتا ہے (دیکھو شکل ۶۱۲)۔ اور یہ فرجی مہبل دویہ (vulvo-vaginal cyst) سے بھی مشابہت رکھتا ہے۔ قیلہ مستقیم کو معائنے مستقیم کے امتحان سے خارج از بحث قرار دیا جاسکتا ہے۔

وجع العصص (Coccygodynia)۔ جے۔ سی۔ ناٹ (J.C. Nott) نے اس مرض کا پہلا بیان ۱۸۵۳ء میں شائع کیا تھا۔ اور اس نے اس کا ذکر ”عصص کے وجع العصب“ کے نام سے کیا ہے۔ اس سرجن نے ایک بیمار کے دو عصصی تقرات نکال دیئے جسے چار سال قبل گرنے سے چوٹ آئی تھی، مگر دس ماہ سے عصص میں درد محسوس ہوتا تھا۔ عصص کا انتہائی قطعہ بوسیدگی کی وجہ سے محض ایک خول بن گیا تھا۔ علیہ کے بعد علامات غائب ہو گئے۔ کاکسیگو ڈینیٹا (وجع العصص: coccygodynia) کی اصطلاح کو جس سے یہ عارضہ اب موسوم ہے، ایڈنبرا کے سرجیس سمپسن (Sir James Simpson) نے ردج دیا تھا۔

اس شکایت سے مرد تقریباً مامون ہیں، اور اس کی وجہ یہ بیان کی جاتی ہے کہ مرد کے حلیات ور کی (tubera ischii) عورت کی نسبت ایک دوسرے کے زیادہ قریب ہوتے ہیں، اور عصص ان سے زیادہ بلند مقام پر ہونے کی وجہ سے خارجی مضرت سے زیادہ محفوظ رہتا ہے۔

بحث اسباب۔ ہرسٹ (Hirst) کا یہ بیان ہے کہ تین چوتھائی اصابات میں یہ عارضہ تقرات وضع حل سے پیدا ہوتا ہے، لیکن گرنے یا ضرب لگنے سے بھی یہ مرض

پیدا ہو سکتا ہے۔ بخلاف اس کے بعض اوقات تضرر کی کوئی امارت یا روئادہ موجود نہیں ہوتی اور اس حالت میں جو سبب اس سے عام طور پر منسوب کیا جاتا ہے وہ ثنیت (rheumatism) ہے۔ وضع حل کے بعد کسی عصصی مفصل میں بالعموم ایک عارضی درد پیدا ہو جاتا ہے۔ اسکی وجہ باسانی سمجھ میں آ سکتی ہے؛ کیونکہ جنین کے سر کے باہر آنے کے دوران میں اس ہڈی کی خلفی غیر وضعت کا واقع ہونا لازم ہوتا ہے اور اگر یہ کسی مفصل میں خلع واقع نہ ہو رہا طات باسانی دریدہ ہو سکتے ہیں۔ اس امر میں کوئی مشتبہ نہیں کہ اصابات کی ایک کثیر تعداد میں اس حالت میں بھی جبکہ یہ تسلیم کر لیا جائے کہ مرض کے پیدا کرنے کے لئے جرحہ پہلے ہی سے موجود تھا ایک عصصی عنصر نمایاں ہوتا ہے۔

امراضیاتی تشریح۔ ہر سٹ (Hirst) کا بیان ہے کہ اکثر اصابات میں عصص کے کسی ایک مفصل کے رباطات دریدہ ہو جاتے ہیں۔ دوسرے عصصی مفصل پہلے کی نسبت زیادہ کثرت سے ماؤف ہوتا ہے اور بین فقراتی قرص دبیر اور نرم ہو جاتا ہے بعض اوقات تمام عجری عصصی مفاصل میں جساء واقع ہو جاتی ہے۔ مصنف موصوف نے ایک اصابہ کا ذکر کیا ہے جس میں دوسرے عصصی فقرہ میں ایک نرمی کا واقع ہو گیا تھا۔ دیگر اصابات میں نیچے کا کٹرا آگے کی طرف کو کھچ کر اوپر کے کٹرے سے زاویہ قائمہ پر واقع تھا جس سے ولادت مابعد میں وقت کا پیدا ہونا ظاہر تھا۔

368

علامات اور تشخیص۔ عود شو کی کے سرے پر خاص کر بیٹھنے پر درد محسوس ہوتا ہے۔ تیز اور مجامعت بھی درد نیز ہوتے ہیں۔ عصص پر دباؤ ڈالنے سے مریضہ کو تکلیف ہوتی ہے۔

انگشت اشاریہ کو معائنے مستقیم میں داخل کرنے اور انگوٹھے کو سرخی درز میں رکھ کر امتحان کرنے سے مشق مفصل سے نیچے کا کٹرا اوپر کے کٹرے کی سیدھ سے ایک طرف کو ہٹایا جاسکتا ہے اور مورال ذکر کا تیز کنارہ نیچے کے کٹرے کو نیچے دھکیلنے سے محسوس کیا جاسکتا ہے۔ طبیعی ہڈی کی موجودگی میں یہ عمل غیر ممکن ہوتا ہے (ہر سٹ)۔ اگر مریضہ وہلی ہو تو ہڈی کا تیز کنارہ بعض اوقات اوپر کی جلد میں خراش پیدا کر دیتا ہے جس سے اس کے ملتہب ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے۔

علاج۔ کئی ایک مریض از خود شفا یاب ہو جاتے ہیں اور چند ماہ کے لئے مخفف

علاج کی آزمائش کرنا بہتر ہوتا ہے۔ اس حصہ پر انگوٹھ (unguentum iodi) اور مٹھل سیلی سیلیٹس (ung. methyl salicylatis) کی مالش کرنا چاہئے اور لہجہ کو



نشل ۲۰۵ - موخر مہلی قیلہ نموی (Posterior Vaginal Enterocele) - اس
درم میں سائے سفید کا ایک چنبرہ موجود تھا جو ایک فحشہ میں سے جو گھس کی جیب میں تھا
قابل تر جیح تھا۔ (از سٹم آف گائینی کالوجی صنفہ ایڈن ولکیٹر)۔

آرام کرنا چاہئے۔ اگر دیگر ذرائع ناکام ثابت ہوں تو مخصص برکری (coccygectomy) کا عملیہ سرانجام دینا چاہئے۔

اورام فرج

فرج کا تہیج۔ اس حالت کی واضح ترین مثالیں ایسے حل میں پائی جاتی ہیں جس میں
الہیومن بولیت کی پیچیدگی پیدا ہوگئی ہو۔ علاوہ ازیں یہ حالت امرئ گردہ (جو حل سے

غیر متعلق ہوں) امراض قلب، فرج کی دوالی مناو و بیدوں، التهاب فرج (دیکھو شکل ۱، ۶، ۱) صفحہ 287) اور حوضی خلوی بافت کے تفتیح کے ساتھ بھی پائی جاتی ہے۔

تہتج سے پیدا شدہ ورم سے مقامی درد اور بے آرامی پیدا ہوتی ہے۔ التهاب فرج اور تہتج کے ان اصابات میں جو کسی نظامی سبب سے پیدا ہوئے ہوں ورم دو جابئی ہوتا ہے اور بعض اوقات یہ اس قدر وسیع ہوتا ہے کہ شفر تین کبیر کی مقرب سطحوں میں اغاث (sloughing) پیدا کر دیتا ہے۔

علاج۔ مریضہ کو بستر پر آرام کرنا چاہئے اور بلڈینتی کو کسی قدر اونچا کر دینا چاہئے اگر تہتج انتہائی درجہ تک پہنچ گیا ہو تو ساؤزی (Southey) کی ایک ٹلی سے بافتوں کی مسیلت کر دینا چاہئے اور بورک ایسڈ یا میگنیشیم سلفیٹ کی تنجیدات کا استعمال کرنا چاہئے اور اس اثنا میں سبب مرض کا حتی الامکان ضرورتاً ترک کرنا چاہئے۔

دوالی قبیلہ (Varicocele) فرج کی دوالی مناو و بیدوں کی واضح ترین مثالیں پیچیدگی حمل کی شکل میں دیکھنے میں آتی ہیں، مگر یہ حالت ہر ایسے سبب سے پیدا ہو سکتی ہے جس سے حوضی و بیدوں میں رکاوٹ پیدا ہو۔

علامات۔ مریضہ درد مستمر اور ورم فرج کی شکایت کرتی ہے۔ علامات۔ وریڈیں نارنگی نیلی رنگت کی پیچیدہ ساختوں کی شکل میں ایک یا دونوں شفر تین کبیر پر نظر ہوتی ہیں اور شدید اصابات میں یہ اربی خطہ تک پائی جاتی ہیں۔ یہ بالعموم نرم ہوتی ہیں اور دبائے پر مشمولات سے خالی ہو جاتی ہیں، لیکن بعض اوقات یہ سخت اور گرہ دار ڈوریوں کے تودہ کی طرح معلوم ہوتی ہیں اور ان کے قلب کا سبب علقی وریڈی التهاب (thrombophlebitis) ہوتا ہے۔ بعض اوقات خون زیر جلدی بافتوں میں رس آتا ہے جس سے علی حالہ اور متغیر اللون جلد کے نیچے ایک منتشر سختی پیدا ہو جاتی ہے۔ کبھی کبھی جلد اور وریڈیں بھٹ بھی جاتی ہیں اور اس طرح ایک خوفناک نزف واقع ہو جاتا ہے جو بعض اوقات مہلک ثابت ہوتا ہے۔

علاج۔ اگر یہ حالت دوران حمل میں اپنے انتہائی درجہ کو پہنچ جائے تو مجبوراً امالہ ولادت کے سوال پر غور کرنا پڑتا ہے۔ اور اگر انشقاق کے بعد شدید نزف واقع ہو جائے تو وریڈ کو شکست کر کے یا بندھنا ضروری ہوتا ہے۔

فرج کی بیش پرورشی اور بیش تکونی حالتیں۔ اس عنوان کے تحت بعض ایسی حالتیں بیان کی جائیں گی جو بالعموم اکتسابی ہوتی ہیں اور عام طور پر کسی مزمن خراش کا نتیجہ ہوتی ہیں۔ خلقی بیش پرورش نادر الوقوع ہے اور جب کبھی یہ پائی جاتی ہے تو خارجی اعضائے تناسل کے انفرادی حصوں مثلاً شفرین صغیر اور بظر تک ہی محدود ہوتی ہے۔

(۱) بظر کی بیش پرورش۔ یہ حالت بالعموم خلقی ہوتی ہے، مگر اس کا ایک ضعیف سا درجہ مزمن خراش (مثلاً وہ جو التهاب فرج سے پیدا ہوتی ہے) کے نتیجہ کے طور پر دیکھنے میں آتا ہے۔ مساحت سے عام طور پر اس کا کوئی تعلق نہیں ہوتا، گو یہ بھی معلوم ہو چکا ہے کہ اس فعل سے اس عضو میں کسی قدر کلائی پیدا ہو جاتی ہے۔ بیش تکون کے نمایاں اصابت ہیشہ خلقی ہوتے ہیں اور ان میں بعض اوقات تحت مباہلت (hypospadias) بھی موجود ہوتی ہے۔

علاج۔ خلقی بیش پرورش کے لئے علاج کی بالعموم کوئی ضرورت نہیں ہوتی، لیکن بعض حالتیں ایسی ہوتی ہیں کہ ان میں تھیل منفتح ہوتی ہے اور کلائی یافتہ بظر کاوٹ یا جامع مولم کا باعث ہوتا ہے۔ ایسی صورت حالات میں اس عضو کو کلی یا جزوی طور پر الگ کر دینا چاہئے ضعیف کلائی کی صورت میں جو سرائتی اعمال یا مساحت سے پیدا ہوئی ہو بظر کا استیصال نہ کرنا چاہئے۔

(۲) شفرین صغیر کی بیش پرورش۔ شفرین صغیر بعض اوقات اس قدر متطول ہوتے ہیں کہ طویل معلق شکموں کی شکل اختیار کر لیتے ہیں۔ یہ حالت بعض اوقات خلقی ہوتی ہے اور اس کے ساتھ دوسرے تشوہات مثلاً فوق مباہلت (epispadias) موجود ہوتے

ہیں (دیکھو صفحہ ۱۵۸)۔ علاوہ ازیں یہ مساحت سے بھی پیدا ہو جاتی ہے۔ اس کا آخری سبب ایک قسم کی دست ورزی ہے جو کلائی پیدا کرنے کے لئے قصداً عمل میں لائی جاتی ہے۔ اور اس کی مثال جنوبی افریقہ کے ہونٹتات باشندوں اور بعض سرکیشیائی نسلوں کے روایات میں ملتی ہے جو بعض طریقوں سے اپنی لڑکیوں میں شفرین صغیر میں بے حد بیش پرورش پیدا کر دیتے ہیں جو ہونٹائی میرز ("Hottentot apron") کے نام سے بیان کی جاتی ہے۔ بیش پروردہ شفرین صغیر بعض اوقات مجامعت میں مانع آتے ہیں اور یا چلنے پھرنے میں کپڑوں کے تماس سے ان میں خراش پیدا ہو جاتی ہے۔ اگر کسی بالکرہ عورت میں بظر اور شفرین صغیر دونوں اس حد تک کلائی یافتہ ہوں کہ رالوں کے ایک دوسری سے الگ کرنے کے بغیر شفرین صغیر کے درمیان سے باہر ابھرے ہوئے

دکھائی دیں تو مساحتِ طفولیت کا شبہ کیا جاسکتا ہے۔ اگر دائیں طرف کا شفرہ صغیر خاص طور پر کلائی یا فٹہ ہو تو یہ اس امر کی زیادہ قوی دلیل ہے۔ بہر کیف مساحت سے کسی قسم کا کوئی غیبی تغیر لازمی طور پر پیدا نہیں ہوتا۔ اگر بیش پروردہ شفرہ صغیر خراش کا منبع ثابت ہوں تو ان کو جزوی یا کلی طور پر کاٹ کر دور کیا جاسکتا ہے۔

865

(۳) قلاطی نسلعہ (Condylomata)۔ وہ مقامی خراجات جلد جو خواہ دور

سوزاک میں پیدا ہوں (زہراوی سے: venereal warts) یا آئشک کے ثانوی درجہ میں ایسی مقامی بیش پرورش کی مثالیں تصور کئے جاسکتے ہیں جو انتہائی عمل سے ثانوی طور پر واقع ہوتی ہے۔ ان خراجات کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے (دیکھو صفحات 286 و 302)۔

(۴) جلد ثورہ (Esthiomène)۔ نگہ (Huguier) نے ۱۸۲۷ء میں تصنیف

(دیکھا جانا: εσθίον) کی اصطلاح کا اطلاق ایک قسم کی مزمن کرنہ بیش پرورش پر کر دیا تھا۔ جو ثانوی تقریح کے ساتھ جسے وہ غالباً درنی الاصل تصور کرتا تھا پایا جاتی ہے۔ بعض متاخرین اس کو آئشکی تصور کرتے ہیں (کورت: Kurz) اور بعض اسے ذئبہ (lupus) کی ایک قسم خیال کرتے ہیں اور بعض اسے داء البصل (elephantiasis) سمجھتے ہیں۔ قرین قیاس یہ معلوم ہوتا ہے کہ اس نام کے تحت مختلف الانواع امیبات جمع کئے گئے ہیں جن میں سے بعض تدرنی ہیں، بعض آئشکی، اور بعض مزمن سرانہی اصل کے جس کا سبب نامعلوم ہے۔

یہ مرض ادنیٰ درجہ کی فاحشہ عورتوں میں پایا جاتا ہے، اور غلاطت اور مسلسل مقامی خراش کو منلازم ہوتا ہے۔

مرضی تشریح اور نسبیات۔ اس مرض کے دو اہم خصائص تقریح اور بیش پرورش

ہیں، اور یہ دونوں تمام امیبات میں مختلف مدارج میں پائے جاتے ہیں۔ بعض اوقات تمام فرج بد شکل ہو جاتی ہے، اور اس کا خاکہ متغیر ہو جاتا ہے جو حصے بہت کثرت سے متاثر ہوتے ہیں وہ بظہر اور شفرہ صغیر ہیں۔ مونخ الذکر شفری تجلیف (labial sulcus) سے

ساتھ داریا بے ساقچہ و سیرشکنوں کی طرح باہر کی طرف نکلے ہوتے ہیں۔ اور ان کی بے قاعدہ سطح عمیق الشفافات کے ذریعہ سے تلافیف میں منقسم ہوتی ہے۔ ان الشفافات میں تقرح واقع ہو جاتا ہے، اور اس طرح ناسور بن جاتے ہیں۔ جلد کی رنگت زرد یا بہت پیچھا سفید ہو جاتی ہے، اور یہ خشک اور سخت ہوتی ہے۔ پیش پروردہ باقیں محکم ہوتی ہیں، اور چھوٹے پر لچکدار محسوس ہوتی ہیں، اور ان میں درد بالکل نہیں ہوتا۔

کسی زیر مشاہدہ اصابہ میں تقرح کی وسعت بیش پرورش کی مقدار سے بالعکس تناسب ہوتی ہے۔ مرض کے شدید اقسام میں عمیق تقرح سے باقیں تنہا ہو جاتی ہیں اور اسکے بعد ہیل، مہال، اور معائے مستقیم بے انتقالی (atresia) پیدا ہو جاتی ہے۔

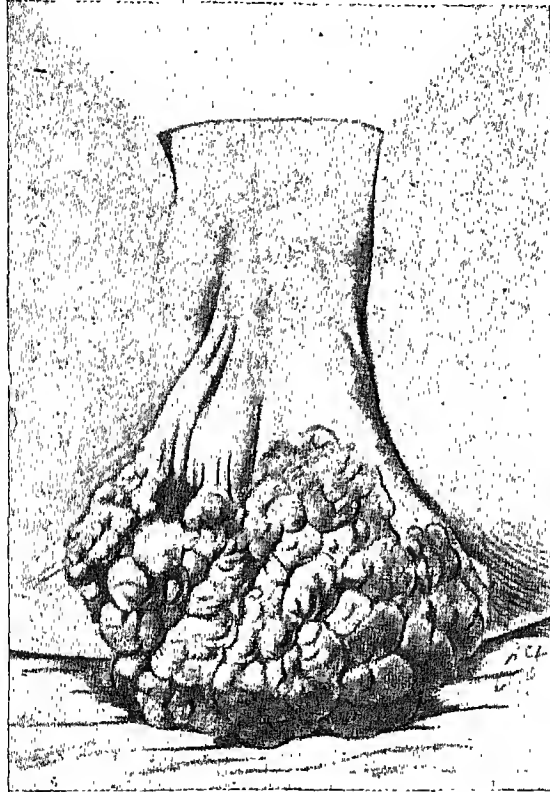
نسبیات۔ ماؤف بافتوں کے اہم خصائص ان کی کثافت، گول خلیوں کی درریش کے قطعات کی موجودگی، اختقان عروق، دبازت یافتہ عروق شریہ، اور کلال تر عروق کا دروں شریانی التهاب (endarteritis) اور وسط شریانی التهاب (mesarteritis) ہیں۔

انذار۔ اگر علاج جلد شروع کر دیا جائے تو صحت ہو جاتی ہے۔ اور اگر مرض کئی سالوں سے چلا آ رہا ہو تو علاج کرنے سے فائدہ نہیں ہوتا اور اگر ہوتا ہے تو بہت کم۔ اس مرض میں ناسور بننے اور تحلیل فوت سے موت واقع ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ جلد خورہ کے مرض کے متاخر مدارج میں جو علامات پائے جاتے ہیں وہ حوضی التهاب، باریطون، اسہال، اور ارتقاع حرارت ہیں۔ گز (Kura) نئے جن چھ واقعات کا اندراج کیا ہے ان میں سے ایک میں جنابت (سر علمی سلعہ) نمودار ہو گئی تھی۔

علاج۔ جن اصابات میں واسرہ بین کا تعامل مثبت ہو ان میں علاج ساروین (salvarsan) کے کسی بدل کا اشتراک کرنے پر مشتمل ہوتا ہے (دیکھو صفحہ 304)۔ اور اسکے بعد سیبا، بسمتہ اور ایوڈائیڈ آف پوٹاشیئم کا استعمال کیا جاتا ہے۔ مقامی علاج کے نقطہ نظر سے سب سے زیادہ ضروری چیز فائت درجہ کی صفائی ہے، اور غسل و رک کی اکثر دینا چاہئے اور لوشیو نائیگرا (lotio nigra) کا استعمال بکثرت کرنا چاہئے، اور قرحوں پر سولورنائٹریٹ (silver nitrate) کے ۵ فی صدی محلول یا ۳ فی صدی پیکرک ایسڈ کا طلا کرنا چاہئے۔ عجان کو خشک رکھنا چاہئے اور بورک ایسڈ اور کیلو میل کا سفوف

چھڑکنا چاہئے۔
جب طبی علاج سے کوئی فائدہ نہ ہو تو پیش پروردہ رقبہ کو تمامہ دور کر دینا چاہئے،
اور اس کے بعد وفاق آتشک علاج جاری رکھا جاسکتا ہے۔

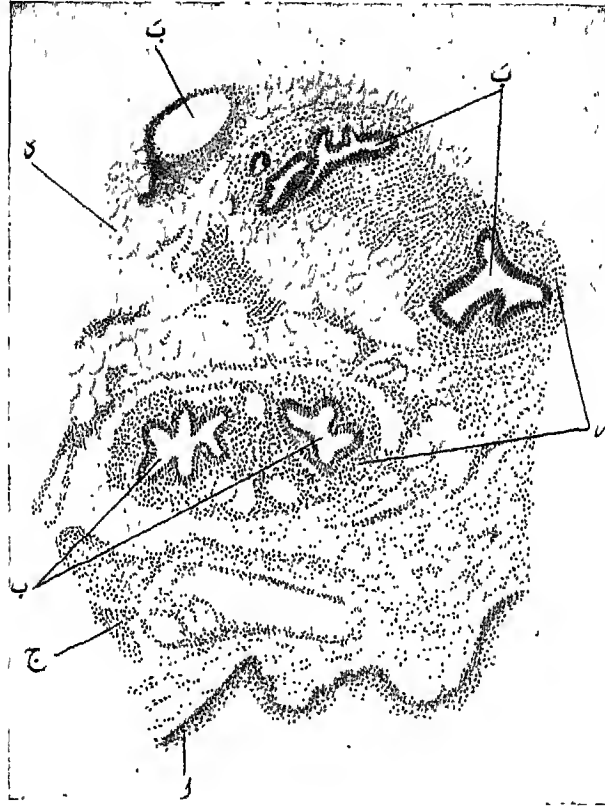
368



ن شکل ۲۰۶۔ فرج کا داء الفیل، ٹرولی قسم (میگلین: Maclean) ٹرولی بالید کا ایک
عظیم الجسامت پائچہ وار تودہ خارجی اعضائے تناسل پر مسلط ہے، اور بنظر کے
قرب وجوار میں فرج کے مقدم حصہ سے پیوستہ ہے۔

(۵) داء الفیل (Elephantiasis)۔ فرج کا داء الفیل اس ملک (انگلستان)
میں نادر الوقوع ہے گو تاہیک رنگ نسلوں کی عورتوں میں یہ نسبت زیادہ پایا جاتا ہے بہر کیف

اصابات کی ایک کافی تعداد کا اندراج کیا جا چکا ہے جن میں سے بعض کو مصنفین نے آتشک کے ساتھ منسوب کیا ہے اور بعض صدف داء الفیل (elephantiasis arabum) کی



شکل ۲۰۶۔ دائیں شفرہ صغیر کے ایک غدی سلسلہ کی تراش جو میاں شفری تجوئف (interlabial sulcus) کے قریب واقع تھا۔ ۶۸x - (ا) سرطہ (ب ب) غدی اینیڈیات - (ج) گول غلیوں کی دیریزش - (د) شخی بافت - (هـ) "مولد غلیہ قشارہ" (cytogenous mantle) - مولد غلیہ قشارہ کی موجودگی دروں رحمی اصل پر دلالت کرتی ہے اور اس قسم کے سلحات کا ذکر اب "دروں رحمی سلحات" (endometriomata) کے تحت کیا جاتا ہے۔

مثالیں ہیں۔ بعض اصابات میں یہ مرض خلقی ہوتا ہے (ہیلنٹائن: Ballantyne)۔ میکلیں (Maclean) نے صادق دار الفیل کی ایک مثال درج کی ہے جس میں مرض دائیں سرین اور ناک اور فرج پر اثر انداز تھا۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ مرض کی ابتدا اشقرتین صغیر میں ہوتی ہے، اور یہ نہایت ہی مزمن عمر اختیار کر لیتا ہے۔ کچھ زمانہ گزرنے کے بعد کربجی یا ٹولولی بالیدوں کے بڑے بڑے تو دے بن جاتے ہیں جن کا وزن کئی پونڈ ہوتا ہے، اور یہ ساقچہ دار ہو کر رانوں کے درمیان معلق ہو جاتی ہیں، اور ان میں سطحی تقرح کی طرف ایک واضح میلان پایا جاتا ہے (شکل ۲۰۶)۔ ٹولولی قسم (دار الفیل بڑی: E. verrucosa) ہموار قسم کی نسبت زیادہ عام ہے۔ بعض اوقات دار الفیل کے غیر مشتبہ اصابات میں بھی خون میں فلاریا (filaria) نہیں پایا جاتا جیسا کہ میکلیں کے ایک مندرجہ اصابہ میں پایا گیا۔ نیجیاتی طور پر بالید یعنی بافت پر مشتمل ہوتی ہے جس میں کئی ایک قسم لفظی فضائیں موجود ہوتی ہیں، اور اس میں اکثر اوقات مخاطی سلی (myxomatous) انحطاط جاری ہوتا ہے، اس مرض پر ادویہ کا کچھ اثر نہیں ہوتا، لیکن فرج میں سے بیش پروردہ توروں کا جراحی ازالہ بالعموم ممکن العمل ہوتا ہے اس لئے اسکا انداز اس حالت کی نسبت زیادہ موافق ہوتا ہے جبکہ مرض جوارح اسفل پر اثر انداز ہو۔ صفحہ کا دار الفیل فرج کے دار الفیل کی نسبت بہت زیادہ کثرت کے ساتھ دیکھنے میں آتا ہے۔

فرج کی نو سائیتیں

سلیم سلعات

لیفی سلعہ (Fibroma) قلیل الوقوع نہیں۔ زیر جلدی الصالی بافت میں پیدا ہونے کے بعد عام طور پر اس کا ساقچہ بن جاتا ہے، لیکن بعض اوقات یہ بے ساقچہ ہی ہوتا ہے اور بہت بڑا ہو جاتا ہے۔ بڑے سلیوں پروردی رکود اور رکڑ کی وجہ سے سطحی قرح پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ بالعموم محکم اور سخت ہوتے ہیں۔ لیکن فیض اوقات ان میں مخاطی سلی یا کلسمی انحطاط بھی واقع ہو جاتا ہے۔ ان سے سوائے ان علامات کے جو ان کے عظیم الجسامت کی وجہ سے

پیدا ہوتے ہیں دوسرے اور کوئی علامات رونما نہیں ہوتے۔ ساقچہ کو کاٹنے اور شمرہ عروق کو باندھنے سے ان کو آسانی سے دور کیا جاسکتا ہے۔

شحمی سلسہ (Lipoma) - فرج کے لحمی سلسہ کے مقابلہ میں شحمی سلسہ زبالیہ کی ایک زیادہ نادر الوقوع قسم ہے۔ یہ شفر تین کبیر میں ساقچہ واریا کیسہ بند یا انتشاری بالید کی شکل میں واقع ہوتا ہے۔

حلیبی سلیمات (Papillomata) - یہ سلیمات مزمن سوزاک کے اصابات میں اکثر جلدی سطحوں پر واقع ہوتے ہیں اور ان کا ذکر زیر اوی امراض کے باب میں ”نوکلر اظطاحی سلیمات“ (Condylomata acuminata) یا ”زہراؤنی سول“ (Venereal Warts) کے نام سے کیا گیا ہے۔

غدی سلیمات (Adenomata) اور دروں کی سلیمات (Endometriomata) - فرج کے غدی سلیمات مختلف مقامات پر پائے جاتے ہیں اور وہ مقامات یہ ہیں: (۱) شفرہ صغیر کے بالائی حصہ میں (دیکھو شکل ۲۰۷)۔ (۲) مبال کے قرب و جوار میں (فرجی مبال) جہاں یہ بعض اوقات خمیت بن جاتے ہیں اور ایک قسم کا مبال سرطان پیدا کر دیتے ہیں (دیکھو شکل ۲۲۵)۔ (۳) بعض اوقات یہ بارتھولینی غدہ میں پیدا ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۳۸۱)۔ (۴) آخر میں چھوٹے چھوٹے غدی سلسے شفرہ کبیر کی جلد میں بھی واقع ہوتے ہیں جہاں ان کی ابتدا کا سراغ کسی دہنی غدہ تک لگایا جاسکتا ہے (دہنی غدی سلسہ adenoma sebaceum)۔

دروں رحمی سلیمات شفرہ کبیر کے بالائی حصہ اور خارجی شکی حلقہ کے خطہ میں پائے جاتے ہیں اور گاہے گاہے یہ شفر تین صغیر اور عجان پر بھی رونما ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۲۰۷)۔ اس قسم کے سلیمات کے متعلق رابطات مستدیر کے شفر تین کبیر میں منتہی ہونے کی مناسبت سے یہ خیال کیا جاتا ہے کہ یہ چینی نوساختوں کی جماعت سے تعلق رکھتے ہیں اور بعض مصنفین نے ان کی پیدائش کو طری بافت کے ان حصوں سے منسوب کیا ہے جو باط مستدیر کے ذریعہ سے قنال نک (canal of Nuck) میں گزر کر پہنچے جاتے ہیں۔ یہ بعض اوقات بالکل ٹھوس اور بعض اوقات جزوی طور پر دیری ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۲۰۹ صفحہ ۵۰۷) موزر الذکر حالت میں ان میں تقریباً ہمیشہ متغیر خوں

موجود ہوتا ہے اور دورانِ حیض میں ان کی جسامت بڑی ہو جاتی ہے۔ ان کی نسیمیات دروں رحمی سلعات کے مشابہ ہوتی ہے جو رحم میں پیدا ہونے ہیں (دیکھو صفحہ 500)۔ شفر تین صغیر اور عجان کے دروں رحمی سلعات کو بعض محققین دورانِ حیض میں دروں رحمی بیوند لگنے کا نتیجہ تصور کرتے ہیں۔

مخاطی سلعات (Myxomata) کا ذکر کیا جا چکا ہے۔ یہ غالباً اخطا یا فتنہ سابقہ وار یعنی سلعات ہیں۔

دہنی (Sebaceous) اور مخاطی دویرے (Mucous Cysts) شفرہ صغیر میں پیدا ہوتے ہیں۔ یہ نوساختیں نہیں ہیں بلکہ یہ دہنی اور مخاطی غد کی مسدود قناتوں میں دہن اور مخاط کے جمکوس ہونے سے پیدا ہوتے ہیں۔

مسخوطی سلمی دویرے (Teratomatous Cysts) (دویری مضغی سلعات Cystic embryomata) بھی فرج میں پائے جاتے ہیں مگر یہ بہت نادر الوقوع ہیں۔

طبیعت بالیدیں

مندرجہ ذیل طبیعت بالیدیں فرج میں ابتدائی طور پر پیدا ہو سکتی ہیں اور کثرت وقوع کے لحاظ سے ان کی ترتیب یہ ہے :- فلسمانی خلیہ دار سرحلی سلمہ (squamous-celled epithelioma) سلمہ اسود (melanoma) لحمی سلمہ غدی سرطان، درحلی سلمہ، اور قرحہ قارضہ۔ ثانوی بالیدیں فرج میں شاذ و نادر ہی پائی جاتی ہیں مگر سلوی سرطان (chorionic carcinoma) اس سے مستثنیٰ ہے، کیونکہ اس مقام پر اس کا مشاہدہ نسبتاً بکثرت کیا گیا ہے۔

سرحلی سلمہ (Epithelioma) فلسمانی خلیہ دار سرطان (squamous-celled carcinoma) جہان ننگ عورت کے اعضائے تناسل کا تعلق ہے سرطان فرج پر شاذ و نادر ہی پیدا ہوتا ہے۔ سرطان فرج پیرانہ سالی کا مرض ہے۔

اس کے نقاطِ ابتدا نظر (دیکھو شکل ۲۰۸) شفر تین کبیر (شکل ۲۱۱) شفر تین صغیر (شکل ۲۱۲) اور عجان ہیں۔ اس بالید کے ممیز خواص یہ ہیں کہ بافتوں میں وسیع جدید تگون پایا جاتا ہے اور ابتدائی مدارج ہی میں سطحی تفرج کی طرف میلان موجود ہوتا ہے۔

ارد گرد کی بافتوں میں ایک منتشر در ریزش پائی جاتی ہے، اور اربی لغفی غدو بھی ماؤف ہوتے ہیں۔

بظنر کا سرطانی سلسلہ۔ یہ امر مختلف فیہ ہے کہ سرطان کا نقطہ ابتداء عام طور پر بظنر ہوتا ہے یا شفتین ہوتے ہیں۔ ہم نے اپنے تجربہ میں سرطان بظنر کی نسبت سرطان شفتین کی زیادہ مثالیں دیکھی ہیں۔ جب بظنر ابتداء ماؤف ہوتا ہے تو مرض غلغہ پر ایک سخت کریمچہ کی شکل میں نمودار ہوتا ہے، جو جلد ہی متفرج ہو جاتا ہے۔ ارد گرد کی بافتوں میں ایک

869



شکل ۲۰۸۔ بظنر کا سرطانی سلسلہ (epithelioma) دائیں شفرہ صغیر پر کے سرورج (metastasis) کے ساتھ۔

منتشر در ریزش پائی جاتی ہے، اور اربی غدو بالعموم جلد ہی ماؤف ہو جاتے ہیں۔ مرض کی رفتار بعض اوقات تیز ہوتی ہے اور بعض اوقات سست، مگر بظنر چونکہ بہت حساس ہوتا ہے اس لئے اس حالت کے مقابلہ میں جبکہ سرطان شفتین میں شروع ہوا ہو اس حالت کے جلد شناخت کئے جانے کا زیادہ امکان ہوتا ہے۔ فرتش (Fritsch) نے اس امر کی طرف توجہ دلائی ہے کہ سرطان بظنر سے گرد مہالی توسیع اکثر واقع ہو جاتی ہے۔ جب تفرج اچھی طرح پیدا ہو جاتا ہے تو سطح رسنے لگتی ہے، مواد میں جلد ہی عفونت پیدا ہو جاتی ہے

اور یہ بدلہ ہوا رہتا ہے۔ بعض اوقات مواد میں خون بھی ہوتا ہے، لیکن کثرت نزوت آخری مدارج کے بھی تمیز خواص سے نہیں۔ سرطان فرج اور بیاضی سطحیت کے باہمی تعلق پر پہلے بحث کی جا چکی ہے۔ ان دونوں امراض کے اکٹھے واقع ہونے کی حالت شکل ۲۰۹ میں بخوبی



شکل ۲۰۹۔ اس تصویر میں فرج کا سرطانی سلعہ (epithelioma) اور اس کی بیاضی سطحیت (leucoplakia) اکٹھے پائے گئے ہیں۔ موثر الذکر سے شفر تین اور عمان ماؤف ہیں۔ شفر تین کو خبیث عمل کی وسعت دکھانے کے لئے جو دبلیز پر سے گر کر مبال کے دہنہ تک پھیل گیا ہے نیچے کھینچ لیا گیا ہے۔

واضح کی گئی ہے۔

شفر تین کا سرطانی سلعہ۔ یہ مرض عام ترین طور پر شفرۂ کبیر کی اندرونی سطح پر شروع ہوتا ہے، اور یہاں سے یہ شفرۂ صغیر تک پھیل جاتا ہے (دیکھو شکل ۲۱۱)۔ بعض اوقات

یہ پہلے پہل ایک سخت کریبیجہ کی شکل میں نمودار ہوتا ہے جو اسی کریبیجہ کے مشابہ ہوتا ہے جو بنظر کے غلفہ پر پیدا ہوتا ہے اور جس کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے، مگر تقریح شروع ہونے سے پہلے یہ بعض اوقات معتد بہ حجامت اختیار کر لیتا ہے۔ علاوہ ازیں بعض اوقات ابتدا میں یہ ایک چھوٹے سے مکہف قرعہ کی شکل میں دکھائی دیتا ہے، جس کی کوئیں متضلب

370



شکل ۲۱۔ فرج کا غلستانی طیڈار سرطان (Squamous-celled Carcinoma)۔

یہ تراش شفرہ صغیر کے قاعدہ پر سے لی گئی ہے۔ عمیق سرطانی سے پیدا شدہ سرطان خلیوں کے زائد سے زیر سرطانی بافت میں نفوذ کر گئے ہیں۔

اور باہر کی طرف مڑی ہوتی ہیں۔ نیز انجام کار یہ ایک عمیق شقاق کی شکل اختیار کر سکتا ہے۔ تقریح بتدریج شفرتین کی تمام سطح پر پھیل جاتا ہے، اور اس سے نہایت بدبودار رقیق اور مصلی قچی مواد پیدا ہوتا ہے۔ سرطان بنظر کی طرح اس میں بھی زنف زیادہ واقع نہیں ہوتا تاوقتیکہ کوئی بڑا عرق فصیث خلیوں سے متاثر نہ ہو جائے۔ شکل ۲۱۲ میں اس کی ایک

کسی قدر غیر معمولی قسم دکھائی گئی ہے جس میں بالید کی سطح پر جس سے تمام شفرہ کبیر ماؤف ہے جلیبہ نما زائڈ سے نہایت کثرت سے منتصب ہیں۔ اس قسم کا منظر اس صورت میں زیادہ عام ہوتا اگر بالید کے اتنی جسامت (جو تصویر میں دکھائی گئی ہے) اختیار کرنے سے پہلے ہی اس میں بالعموم تقرح واقع نہ ہوتا۔

اشفزی سرطان کی ایک دلچسپ خصوصیت یہ ہے کہ یہ متغیر بھی ہوتا ہے،

371



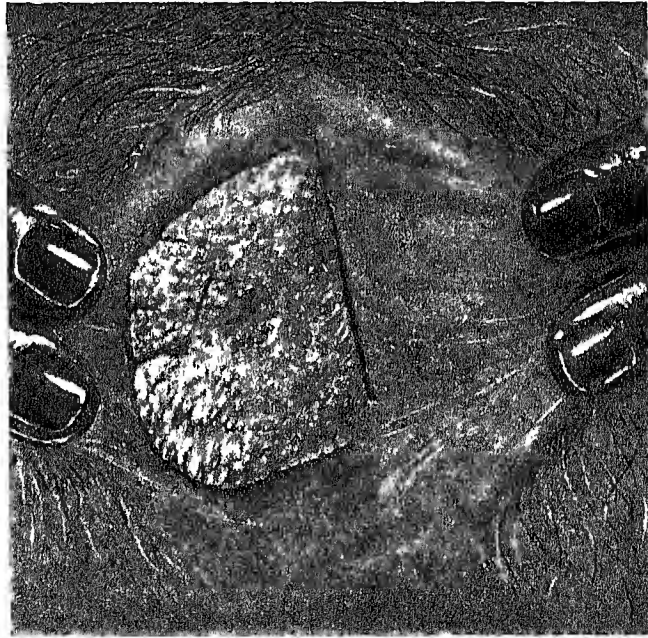
شکل ۲۱۱۔ یہ سرطانی سلعہ (Epithelioma) دائیں شفرہ کبیر کی اندرونی جانب سے پیدا ہوا ہے اور اسی طرف کا شفرہ صغیر بھی اس سے ماؤف ہو گیا ہے۔ اس مریضہ کی عمر ۶۶ سال تھی۔

اور اس کی وجہ بعض اصابات میں انتصاب ہوتی ہے اور بعض اصابات میں اس امر کی بھی خروبینی شہادت موجود ہوتی ہے کہ سرطانی خلیوں کے عمیق زائڈ سے باہر نکل کر سطحی بالیدوں کو طار ہے ہیں جو بظاہر الگ الگ دکھائی دیتی ہیں (بوننی: Bonny)۔

اس کے نیچے جاتی خواص ویسے ہی ہوتے ہیں جیسے کہ دوسرے حصوں کے

سرطانی سلسلہ کے ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۲۱۰)۔ اکثر حصوں میں سرطانی موتی باقراط پائے جاتے ہیں۔
غذی سرطان (Adeno-carcinoma) کی ابتدا ہمیشہ بارسختوں غدہ میں،
یا اس کی قنات میں، اور یا گرد مہالی غدہ میں ہوتی ہے۔ صفحہ 381 پر اس کا بیان دیا گیا ہے۔
قرحہ قارضہ (Rodent Ulcer) جینیٹ مرض کی یہ قسم فرج میں بہت
نادر الوقوع ہے۔ اس کی ابتدا ادمہ میں ہوتی ہے اور سطحی مرحلہ سے نہیں ہوتی۔ بعض اوقات

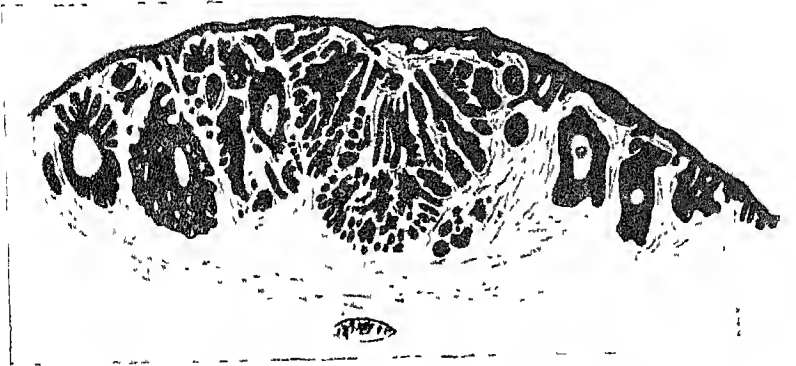
372



شکل ۲۱۲۔ دائیں شفرہ صغیر کا سرطانی سلسلہ (Epithelioma)۔ اس کے غیر معمولی
خواص یہ ہیں کہ اس کی سطح طہیہ نما ہے اور تقرح موجود نہیں۔

یہ مرض دہنی غدہ اور شفری جراثیم میں بھی شروع ہوتا ہے، لیکن عرقی غدہ سے اس کا پیدایا ہونا
ثابت نہیں ہوا۔ ادمہ صادق (cutis vera) میں شروع ہونے کے بعد یہ بالید برادہ
کے نیچے پھیل جاتی ہے جس پر نیچے کی طرف سے حملہ ہوتا ہے۔ لہذا سرطانی سلسلہ اور قرحہ قارنہ
میں یہ تضاد پایا جاتا ہے کہ اول الذکر برادہ پر ادمہ کی طرف سے حملہ آور ہوتا ہے غلیوں کے

نمو سے صراحی نما تودے بن جاتے ہیں جن سے گرز نما زائندے باہر کی طرف نکل آتے ہیں (دیکھو شکل ۲۱۳) اور یہ زائندے براہِ دمہ کے نیچے نیچے بڑھتے چلے جاتے ہیں جس میں نکاتر واقع نہیں ہوتا۔ سطحی سرِ حملہ انجام کار باریک ہو کر رگڑ سے اتر جاتا ہے، اور نیچے کی بالیدہ تکشف ہو جاتی ہے، اور اس طرح ایک قرحہ بن جاتا ہے۔

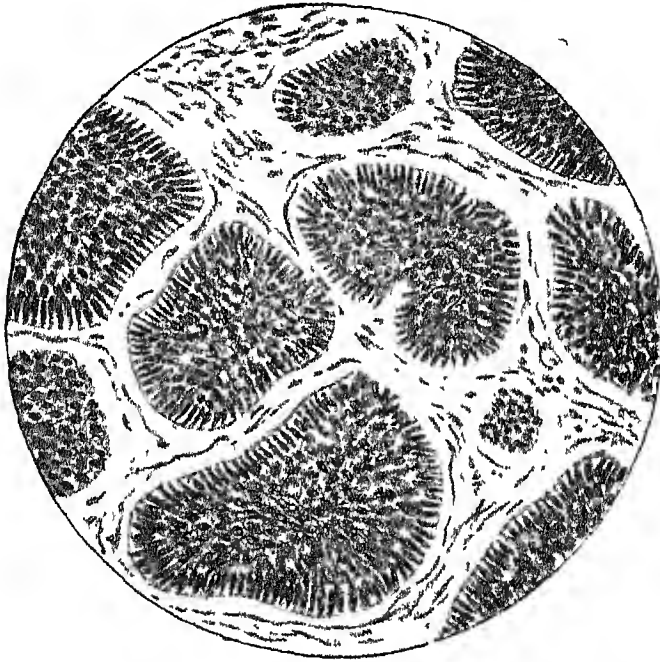


شکل ۲۱۳۔ شفرہ کبیر کا قرحہ قارضہ (Rodent Ulcer) جیسا کہ یہ ادنیٰ طاقت سے دکھائی دیتا ہے۔ گرز نما سطحی زائندوں کو غور سے دیکھا جائے جن پر یہ بالیدہ مشتمل ہے اور جن کا سطحی سرِ حملہ سے کوئی تعلق نہیں۔

اس بالیدہ کے انفرادی خلیات شکل میں گول اور سطحی سلحہ کے خلیات سے بہت چھوٹے ہوتے ہیں۔ ان میں تقرن پیدا نہیں ہوتا بلکہ اس کے خلاف ان میں خالیہ دار بننے کا بہت سا میلان پایا جاتا ہے، اور اس طرح خلوی تودوں کے مرکز میں نضائیں پیدا ہو جاتی ہیں (دیکھو شکل ۲۰۳)۔ ”خلوی آسٹیاں“ (”cell nests“) شاذ و نادر ہی دیکھنے میں آتے ہیں اور جب کبھی یہ موجود ہوتے ہیں تو یہ صغیر الجسامت اور ناقص النمو ہوتے ہیں۔

فرج کا قرحہ قارضہ حصّہ سن رسیدہ عورتوں ہی میں دیکھنے میں آتا ہے، اور یہ نہایت ہی نادر وقوع ہے۔ اگر اسے اس کے ابتدائی مدارج میں دیکھا جائے تو یہ شفرہ بھیر کی جلد میں ایک صاف اور پیچھے کر بیچہ کی شکل کا معلوم ہوتا ہے۔ اس سے کسی قسم کا درد پیدا نہیں ہوتا، اور اس کے ارد گرد بیشش و مویت کا منطقہ نہیں پایا جاتا۔ جو باریک سرِ حملہ

جلیات کے مراکز کو پوشیدہ کئے جاتا ہے وہ کچھ عرصہ گزرنے کے بعد متقرح ہو جاتا ہے، اور بعد میں بالید گہرائی میں ترقی کرنے لگتی ہے، اور سطحی تقرح بھی اس کے دوش بدوش جاری رہتا ہے۔
قرحہ کی سطح صاف اور کسی قدر دبی ہوئی ہوتی ہے، اور یہ ایک بے قاعدہ سخت



شکل ۲۱۳۔ شفرہ کبیر کے قرحہ نارضہ (Rodent Ulcer) کے سرطانی زائڈ۔
جیسے کہ یہ اعلیٰ طاقت سے دکھائے گئے ہیں۔ (شکل ۲۱۳ میں بھی یہی بالید دکھائی گئی ہے۔)

اور لپٹی ہوئی کور سے محدود ہوتا ہے۔ مواد قیق اور آبی ہوتا ہے۔ لمفی غدود اور احتشاج بھی ماؤف نہیں ہوتے، لیکن یہ بالید بعض اوقات مقامی درریش کے ذریعہ سے عالی ہڈیوں تک پہنچ جاتی ہے اور ان کو متاثر کر دیتی ہے۔ یہ بہت آہستہ بڑھتی ہے اور تمام خمیشہ سرطانی بالیدوں میں سے قرحہ نارضہ سب سے کم خمیشہ ہے۔ فرج کے سرطانی سلحہ اور

قرحہ قارضہ دونوں کا علاج استیصال ہے جو آزادی سے کیا جاتا ہے۔ سرطانی سلعہ کی صورت میں فرج کے استیصال کے ساتھ اُربی اور سطی نخیزی غد کے دونوں گروہوں کا مکمل اخراج بھی ضرور کر دینا چاہئے اور سب بافتوں کو ایک ہی تودہ کی شکل میں الگ کرنا چاہئے (شکل ۶۰، ۶۱ اور صفحہ ۹۰۵)۔ خبیث نواستختوں کے لئے فرج کا استیصال برقی حرارت رسانی (diathermy) کی مدد سے بہترین طور پر کیا جاسکتا ہے اور جہاں تک بیرونی خبیث خلیات کو تباہ کرنے اور عین دورانِ عملیہ میں نزع کی مقدار کو کم کرنے کا تعلق ہے اس طریقہ عمل میں معتد بہ فوائد موجود ہیں۔ بعض ارباب سنڈریڈیم کے علاج کی تعریف کرتے ہیں جو سطی اطلاقات اور بالید کی ”نا بئر“ (needling) سے کیا جاتا ہے لیکن استیصال کے نتائج اس قدر قابلِ اطمینان ہیں کہ ہم (بی۔ ڈبلیو) اس سلسلہ میں ریڈیم کے استعمال کو صرف مقامی عودِ مرض ہی کے لئے محفوظ رکھنے کو ترجیح دیتے ہیں۔

374

درحلی سلعہ (Endothelioma)۔ سٹیونز (Stevens) نے شفرہ کبیر کے ایک سا قچہ دار سلعہ کا اندراج کیا ہے جس کا منظر لینی سلعہ کے مشابہ تھا اور جو آہستہ آہستہ بڑھتا تھا۔ اس کی تراش بنانے پر یہ ثابت ہوا کہ یہ گردِ درحلی (periendothelial) قسم کا ایک درحلی سلعہ تھا۔

ملائینی سلعہ (Melanoma)۔ خبیث فوبالید کی یہ لون دار قسم شاذ طور پر ایسے محلات میں واقع ہوتی ہے جن میں گہرے رنگ کا لون پایا جاتا ہے، مثلاً شبکیہ کا طبقہ مشیمیہ اور جلد کے بعض رقبہ جات۔ مزید برآں یہ بھی معلوم ہوا ہے کہ یہ جنک صلب (ٹرئوز: Treves) مسوڑوں، لبہائے ذہن اور فم رحم کی غشائے مخاطی میں بھی پیدا ہوتا ہے۔ بہر کیف یہ ہر مقام اور بالخصوص فرج کے لئے ایک نادر الوقوع مرض ہے، مگر یہ ثابت کیا جا چکا ہے کہ موخر الذکر مقام پر یہ غیر ملون سلعہ لحمیہ کی نسبت ذرا زیادہ کثرت سے پایا جاتا ہے۔ اعضائے تناسل کا ملائینی سلعہ بالخصوص معمر عورتوں میں پایا جاتا ہے۔ مندرجہ اصابات میں سے، فی صدی پچاس سال سے زائد عمر کی عورتوں میں پائے گئے ہیں (ہالینڈ: Holland:-)

فرج کا ملائینی سلعہ بعض اوقات ابتدائی ہوتا ہے اور بعض اوقات ثانوی۔ ابتدائی ملائینی سلعہ کے عام ترین نقاط ابتدایاً تو صرف شفرہ کبیر، اور یا شفرہ صغیر اور بنظر ہیں (دیکھو شکل ۲۱۵)۔ شفرہ صغیر اور بنظر کی نسبت یہ شفرہ کبیر پر دگنی کثرت سے پایا جاتا ہے۔



شکل ۲۱۵ فرج کا خبیث ملائینی سلعہ (Malignant Melanoma) (اڈولڈ ہالینڈ: Eardley Holland)۔ یہ بالید و بلیز میں بنظر اور بولی فتحہ کے درمیان پیدا ہوئی ہے۔

اور ممکن ہے کہ ایسا مورخہ الذکر میں لون کے بافراط موجود ہونے کی وجہ سے ہوتا ہو۔ امراض خبیات - یہ مرض پہلے سرطان لی ایل قسم بیان کیا جاتا تھا، لیکن اب یہ تسلیم کیا جا چکا ہے کہ اکثر ملائینی سلعات میں سلعات لحمیہ کی ساخت پائی جاتی ہے اور ان میں

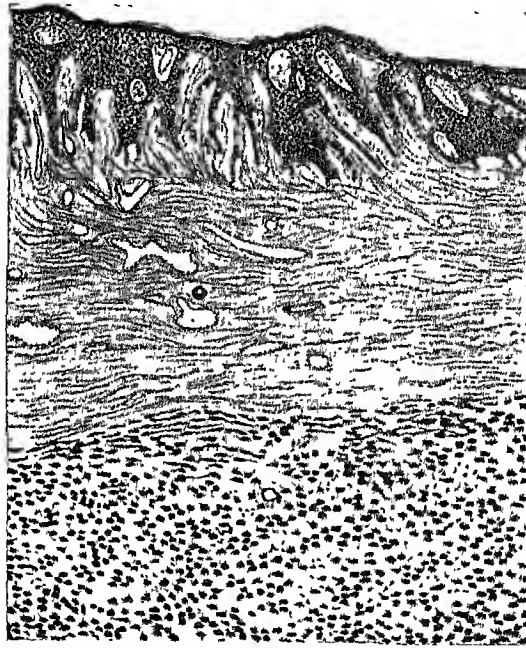
صرف چند ہی سرطان ہوتے ہیں۔ چنانچہ ٹریچر کالینس (Treacher Collins) نے یہ ثابت کیا ہے کہ بعض ملائینی سلعات جو مقلہ میں پیدا ہوتے ہیں سرطان ہوتے ہیں۔ جلد میں دونوں قسم کے سلعات پائے جاتے ہیں مگر اس میں یہ سلعات سرطانی ہونے کی بجائے زیادہ تر لحم سلعی ہوتے ہیں۔ عنقی اصابات کو ملون سلعات لحمیہ تصور کیا جاتا ہے۔ ہالینڈ (Holland) نے



شکل ۲۱۶۔ فرج کا ملائینی سرطان (Melano-Carcinoma)۔ نو بالید کے
خیلوں میں لون (ملائین) با فراط پایا جاتا ہے۔

جو تینتیس مندرجہ اصابات جمع کئے ہیں ان کے خرد بینی امتحان سے ۲۶ سلعات لحمیہ اور ۶ سرطان قرار دے گئے ہیں اور ایک مشتبہ تسلیم کیا گیا ہے۔ سرطانی قسم بالعموم کسی ساتواں لچو لون وار وحمہ (mole) سے پیدا ہوتی ہے۔ جلد کے اجن تینتیس ملائینی سلعات کا اندراج آلو (Eue) نے کیا ہے ان میں چھتیس کے متعلق یہ پتہ چلا گیا ہے کہ وہ ابتداءً لون دار وحمہ تھے۔

خالی آنکھ سے بالید گہرے ارغوانی یا سیاہ رنگ کی دکھائی دیتی ہے، اور یہ عموماً بالکل قصبہ الابعاد ہوتی ہے۔ اس میں تقریباً جلد ہی شروع ہو جاتا ہے اور اس سے باسانی خون بہنے لگتا ہے۔ ابتدائی بالید کی نسبت ثانوی مطروحات زیادہ شدت سے ملون ہوتے ہیں۔



شکل ۲۱۴۔ فرج کا مائل سلعہ لحمیہ (Myxo-sarcoma)۔

خروبین سے دیکھنے پر خواہ بالید لحمی ہو یا سرطانی، اس کے لون کی مقدار بہت اختلاف پذیر یابی جاتی ہے۔ یہ لون ملائین (melanin) کے ستہری بھورے ذرات پر مشتمل ہوتا ہے جن کی جسامت مختلف ہوتی ہے اور جو خلیوں کے خلیہ مایہ، یعنی اتصالی بافت اور عروق کی دیواروں میں منقسم ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۲۱۶)۔ جب یہ ذرات تودوں کی شکل میں مجتمع ہو جاتے ہیں تو بالکل سیاہ دکھائی دیتے ہیں، اور اس لئے جب ہم ہیلو عروق لطف لون کا مسدود ہو جاتے ہیں تو یہ سیاہی کی گبروں کی مانند دکھائی دیتے ہیں۔

بعض اصابات میں اس امر کا تصفیہ مشکل ہوتا ہے کہ آیا کوئی ملائینی سلعہ لحمی سلعہ ہے یا سرطان۔ اور لوئیت کبھی کبھی اس کثرت سے موجود ہوتی ہے کہ غلیات کے خواص سے فیصلہ کرنا ناممکن ہوتا ہے۔ جموں کی ساخت جو فیبری ہوتی ہے، اور اس کا میلان مناظر کو سلعہ لحمیہ کی مانند بنانے کی طرف ہوتا ہے، مگر اُٹنا (Unna) اور اکثر دیگر ماہرین امراضیات وحی قسم کو سرطان تصور کرتے ہیں۔

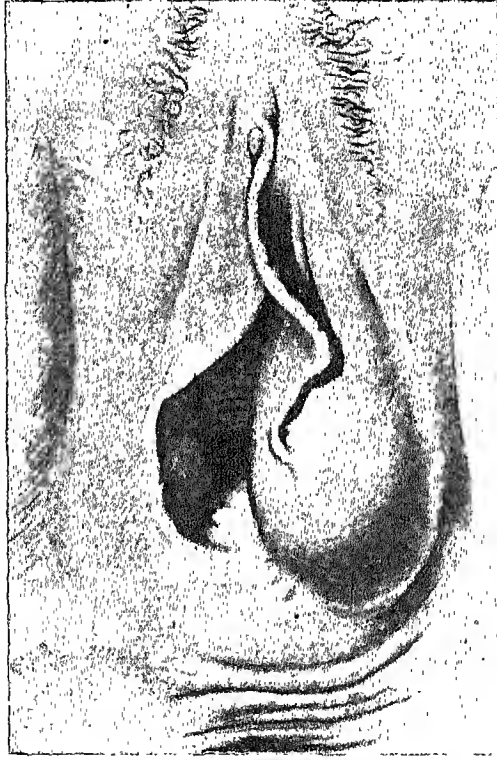
انڈا ریہ خطرناک ہوتا ہے، اور مرض کی خیانت اس قدر زیادہ ہوتی ہے کہ بقول ارکن (Erichsen) اگر ابتدائی بالید فنڈق (filbert) سے بڑی ہو تو مقامی علاج بے سود ہوتا ہے۔ انتشار سر ملح ہوتا ہے۔ فرج کے ملائینی سلعہ میں اُربی غد جلد ہی ماؤف ہو جاتے ہیں۔ ہالینڈ (Holland) کی جمع کردہ پچیس روئداد پائے مابعد میں صرف ایک مریضہ ایسی تھی جس میں تین سال تک عود مرض نہیں ہوا۔

علاج۔ بالید کے آزادانہ استیصال اور دونوں طرف کے اُربی غد کے اخراج پر مشتمل ہے، اور سپسہ کے کولائڈی مرکبات کا دروں وریڈی اشراب بھی دیا جاسکتا ہے۔

سلعہ لحمیہ (Sarcoma) فرج کے سب سے زیادہ نادر الوقوع سلعات میں سے ہے۔ بلیم بیل (Blair-Bell) نے عمومی ادبیات سے غیر ملون سلعہ لحمیہ کے کیس اصابات جمع کئے ہیں، اور یہ چھوٹی سی تعداد اس کی قلت و وقوع کو ایک کافی حد تک ظاہر کرتی ہے۔ دیگر حصوں کی نسبت یہ زیادہ تر شفرہ صغیر پر حملہ آور ہوتا ہے، اور سرطان اور ملائینی سلعہ کے سن وقوع سے پہلے نمودار ہوتا ہے۔ مندرجہ اصابات میں سے ۵۰ فی صدی تیس اور پچاس سال کی عمر کے درمیان پائے گئے ہیں۔ نسیمیاتی طور پر بعض اصابات میں یہ بالید دوسری، یا گول، اور یا دونوں قسم کے غلیوں پر مشتمل ہوتی ہے، اور بعض میں یہ ایک قسم کا مخاطی سلعہ لحمیہ (myxo-sarcoma) ہوتی ہے (دیکھو شکل ۲۱۷)۔ جیسا کہ دیگر حصوں کے سلعات لحمیہ کی صورت میں ہوتا ہے، تشخیص محض خرد بین کی مدد ہی سے ممکن ہوتی ہے۔ اس کا علاج یہ ہے کہ ابتدائی میں اسکا آزادانہ استیصال کر دیا جائے۔ جہاں تک عود مرض کا تعلق ہے انداز خراب ہے۔

سلعاتِ عجمان۔ عجمان میں سلعات بہت قلیل الوقوع ہیں جن سلعات کا اندراج کیا گیا ہے وہ اس محل میں پیدا نہیں ہوئے تھے بلکہ مسلسل منو سے باہر کی طرف نکل آئے تھے، اور ان سے عجمان متہود ہو گیا تھا۔ ملکم (Malcolm) نے ایک قابل ذکر اصابہ کا

اندر ارج کیا ہے۔ یہ ایک نیم جامد اور نیم دویری بالید تھی جس کا وزن $\frac{1}{4}$ ۳۹ پونڈ تھا اور یہ دویری لیفی عضلی سلسلہ ثابت ہوئی۔ جملہ حوضی اعضاء طبعی حالت پر تھے اور ایسا معلوم ہوتا تھا کہ یہ گرد رچی یا گرد مہیلی بانٹوں سے پیدا ہوئی ہے۔ شیشنگ (Shattock) نے اس میں غیر مخطط

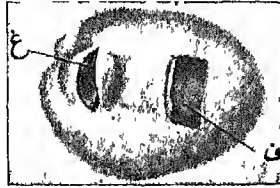


شکل ۲۱۸۔ بار تھوینی دوبرہ جو بار تھوین کے مذہ کی قنات کے اتساع سے پیدا ہوئے
شفرہ صغیر کے مبداء کا خط اس درم کی سامنے کی طرف سے گزرتا ہے۔

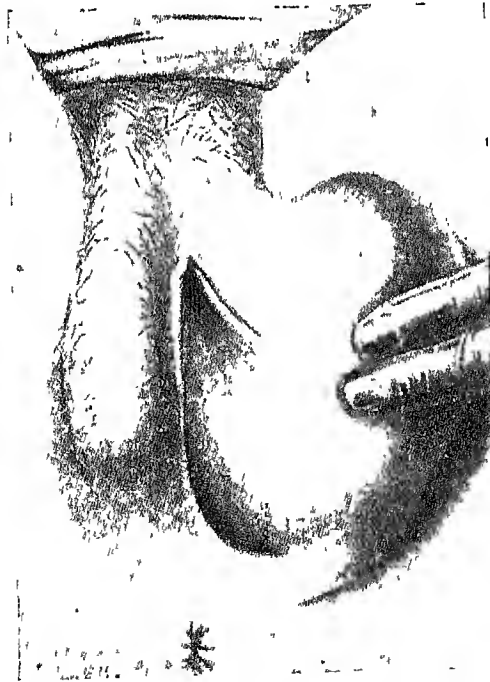
عضلی ریشوں کا مظاہرہ کرنے سے یہ ثابت کر دیا کہ یہ ردائی الاصل (لیفی سلسلہ) نہیں ہے۔
گا ہے گا ہے بڑے بڑے لیفی دویری سلعات عجان اور فرج میں دیکھنے میں آتے ہیں اور
ان کے متعلق بظاہر یہ معلوم ہوتا ہے کہ ان کی ابتدا پیش عجزی خطہ میں ہوتی ہے اور یہ عجان
اور شفرہ تین تک نزو شقی بانٹوں میں بتدریج نفوذ کرنے سے پہنچتے ہیں۔ اس قسم کی نواسخت

جو بہت سے لمفٹات سے گردن کے دویری سلحہ آبئی (cystic hygroma) کے مشابہ ہوتی ہے ہم میں سے ایک (بی۔ ڈبلیو) نے بیالیس سال کی ایک عورت میں بھیجی تھی۔

378



شکل ۲۱۹۔ بار تقو لیں کی قنات کا دویرہ (قدرتی جسامت)۔ (غ) غدہ۔ (ف) فقہ جو دویرہ میں بنایا گیا ہے۔



شکل ۲۲۰۔ عظیم الجسامت بار تقو لیں دویرہ جس میں ساچہ کے بننے کی ابتدا ہو رہی ہے۔

یہ سلسلہ ایک بہت ہی بڑے ورم کی شکل کا تھا جو مریضہ کی رانوں کے درمیان ایک سا قہ دار تودہ کی شکل میں نصف ران تک لٹکا ہوا تھا۔ اس میں اس لحاظ سے نیم خبیث خوں نما تھوکر پہلے بھی اسی طرح کی بالید کے مقامی استیصال کے لئے گزشتہ پندرہ سالوں میں دو عملیہ کئے گئے تھے۔

بارتھولین کے غدہ کے امراض

التهاب - بارتھولین کے غدہ کا التهاب کسی ریم ز اعضویہ سے سرائت واقع ہونے کا نتیجہ ہو سکتا ہے۔ سرائت بالعموم قنات سے اوپر چڑھتی ہے اور عام طور پر بیضہ سوزا سے پیدا ہوتی ہے۔ مگر یہ یاد رکھنا چاہئے کہ دیگر کیمز انتفا (pyogenic cocci) اور جراثیم میں بھی اس طرح کی سرائت پیدا کرنے کی ویسی ہی استعداد موجود ہوتی ہے، اور اس لئے یہ ضروری نہیں کہ بارتھولینی التهاب کو زہراوی سرائت کی ذیل سمجھا جائے۔

طبعی جسامت کا غدہ جس پذیر نہیں ہوتا۔ مگر جب یہ مزمن التهابی اعمال کی وجہ سے کلانی یافتہ اور متضرب ہو جاتا ہے تو یہ شفرہ صغیر کے موخر حصہ کے نیچے بافتوں کی گہرائی میں ایک محکم جسم کی مانند محسوس کیا جاسکتا ہے جس کی جسامت فرینسیسی سیم کے برابر یا اس سے ذرا زیادہ ہوتی ہے۔ دبانے سے بعض اوقات قنات میں سے ایک مکدر سیال مرتخ ہوتا ہے۔ سوزا کی سرائت میں اسی طریقہ سے اکثر ایک مواد کا مظاہرہ جو واضح طور پر فحشی ہوتا ہے، اس التهاب فرج کے غائب ہونے کے بہت عرصہ بعد کیا جاسکتا ہے جس سے یہ ابتداءً پیدا ہوا تھا جب یہ غدہ اس طرح سرائت زدہ ہو جاتا ہے تو قناتوں کے منہ کے ارد گرد کی رنگت جہاں یہ دونوں طرف پردہ بکارت کی بیرونی جانب پر کھلتی ہیں تبدیل ہو جاتی ہے، اور یہاں پچھلی سرخ رنگت کا ایک منطقہ بالعموم دکھائی دیتا ہے۔ جو دیر سے قنات کے استدادی التراع سے پیدا ہوتے ہیں ان میں بعض اوقات تقيج پیدا ہو جاتا ہے، اور غدہ اکثر اوقات التراع واقع ہونے سے پیشتر ہی سرائت زدہ ہوتا ہے۔ یہ تقيج بالعموم دیر تک ہی محدود ہوتا ہے، لیکن اسکا انتظار غدہ اور ارد گرد کی غلوی بافت تک بھی ہو جاتا ہے جس سے ایک شفری خراج پیدا ہو جاتا ہے۔ غدہ کی اپنی اور یا کسی سابق الوجود دیرہ کی حاد سرائت سے خراج پیدا ہو سکتا ہے۔

دویرہ کی سرانست کا باعث بعض اوقات ضربہ ہوتا ہے جس کے بعد جلد یا افرازا تہیل کے عضویوں سے عفوتی سرانست پیدا ہو جاتی ہے۔ تفتیح بالعموم غدہ یا دویرہ تک ہی محدود رہتا ہے، لیکن بعض اوقات شفرتین کا ایک وسیع ورم بھی اس عمل کے ساتھ ہی موجود ہوتا ہے۔ خراج کا غاربی انشقاق جواز خود واقع ہو جاتا ہے قلیل الوقوع نہیں۔ اس سے جوف بن جاتے ہیں جو



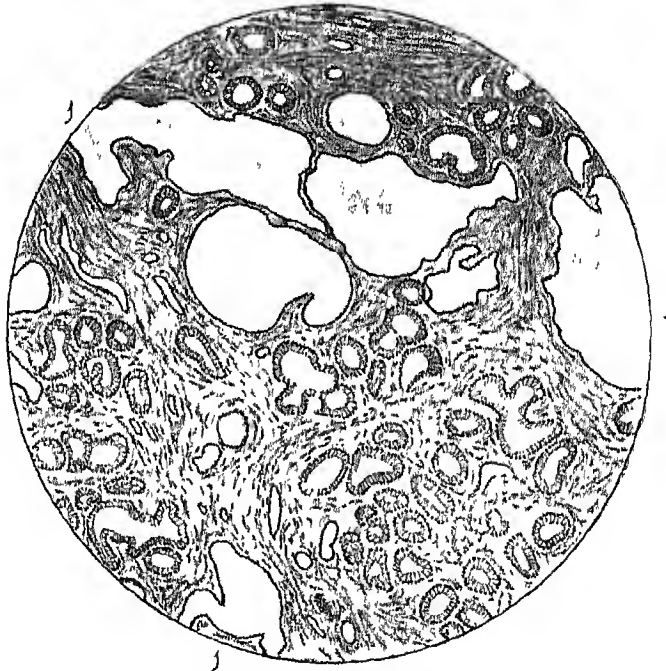
شکل ۲۲۱۔ بارتھولینی دویرہ کی دیوار میں سے تراش۔ (ا) اسٹرومکسی سرطی پر مشتمل ہے اور یہ سرطی فلسفانی سرطی میں تبدیل ہو رہا ہے (فتات کی دیوار)۔ (ب) غدہ کے وہ زائدے جو اس سے باہر نکلے ہوئے ہیں۔

بعض اوقات بہت طویل مدت تک موجود رہتے ہیں۔ تفتیح کے علامات شدید مقامی درد ورم کی سرطی کٹانی، سرخی، تہج اور جلدی غلافوں کی ایلمیٹ ہیں۔ مزید برآں تپش میں ایک متوسط درجہ کا انتشار پایا جاتا ہے اور یہ ۱۰۰ ف یا ۱۰۰ ف تک ہوتی ہے۔ تفتیح بارتھولینی دویرہ کا علاج

اس کا مکمل استیصال ہے بشرطیکہ یہ ممکن العمل ہو، ورنہ تقبلی کہفہ میں بخوبی شگاف و بکرا کی مسیلت کر دینا چاہئے۔

330

بارتھولینی غدہ کا نذران بہت نادر الوقوع ہے۔ اس کے صرف چند اصابات ہی اندراج میں آئے ہیں۔



شکل ۲۲۲۔ یہ بارتھولینی غدہ انسداد سے پیدا شدہ دویری فضاؤں (1) کو ظاہر کرتا ہے اور یہ انسداد قنات میں ایک احتباسی دویرہ کے بننے سے عمل میں آیا تھا۔

بارتھولینی دویرے۔ دویری سلعات بارتھولینی غدہ اور قنات دونوں سے پیدا ہو سکتے ہیں۔ قنات کے دویرے صادق احتباسی دویرے ہوتے ہیں جو انتہائی لالہ خونی سے زیادہ شاذ طور پر جھات سے واقع شدہ انسداد سے پیدا ہوتے ہیں۔ اس طرح جو سلعہ بنتا ہے وہ بیضی یا گلوبی ہوتا ہے (شکل ۲۱۸) اور ابتدا میں یہ شفرہ کبیر کے

مؤخر حصہ کو کھول دیتا ہے اور شفرہ صغیر کے مبداء کا خط اس ورم کے سامنے کی طرف پر سے گزرتا ہے (شکل ۲۱۸)۔ جوں جوں دوبرہ بڑھتا ہے شفرہ کبیر کی بالائی حد اوپر کی طرف اٹھتی جاتی ہے حتیٰ کہ تمام شفرہ متسد ہو جاتا ہے اور پھر ایسا معلوم ہونے لگتا ہے کہ یہ فرج کی بالائی بانٹوں سے پیدا ہوا ہے۔ اتنے بڑے دوبرے بعض اوقات تمام فرج کو ڈھانپ لیتے ہیں (دیکھو شکل ۲۲۰)۔ اگر دوبرہ بڑا ہو تو شفرہ صغیر کے مبداء کا خط بعض اوقات بالکل غائب ہو جاتا ہے۔ جو دوبرے نہایت عظیم الجسامت ہوتے ہیں ان کا سابقہ عیض ہو جاتا ہے اور ان کا میلان لٹک بڑھنے کی طرف ہوتا ہے جس کی وجہ یہ ہے کہ شفرہ تین کبیر کے بالائی حصہ پر بڑا اثر پڑتا رہتا ہے (دیکھو شکل ۲۲۰)۔ غدہ کے دوبرے بھی غالباً اسی طرح پیدا ہوتے ہیں لیکن یہ قنات کے دوبروں کی نسبت بہت قلیل الوقوع ہیں۔ یہ شفرہ کبیر کے مؤخر حصہ کے نیچے گہرے واقع ہوتے ہیں اور بعض اوقات اوپر کی طرف کو مہبل کی جانبی دیوار کے ساتھ ساتھ نقب لگا کر پیچھے کی طرف کو در کی مستقیمی حفرو میں پہنچ جاتے ہیں۔ جلدی غلاف ڈھیلے ہوتے ہیں اور نشوونہ زیادہ نمایاں نہیں ہوتا۔

ان دوبروں میں جو سیال پایا جاتا ہے وہ بالعموم رقیق اور مصلی ہوتا ہے، لیکن مزمن اصابت میں یہ بعض اوقات غلیظ اور نار یک بھی ہوتا ہے۔ شکل ۲۲۱ بارتھولینی دوبرہ کی دیواروں کے خواص کو ظاہر کرتی ہے اور شکل ۲۲۲ میں متناظر غدہ کے قسح دوبری عینبات دکھائے گئے ہیں جو قنات کے اندر انداد کے واقع ہونے سے پیدا ہوئے ہیں۔

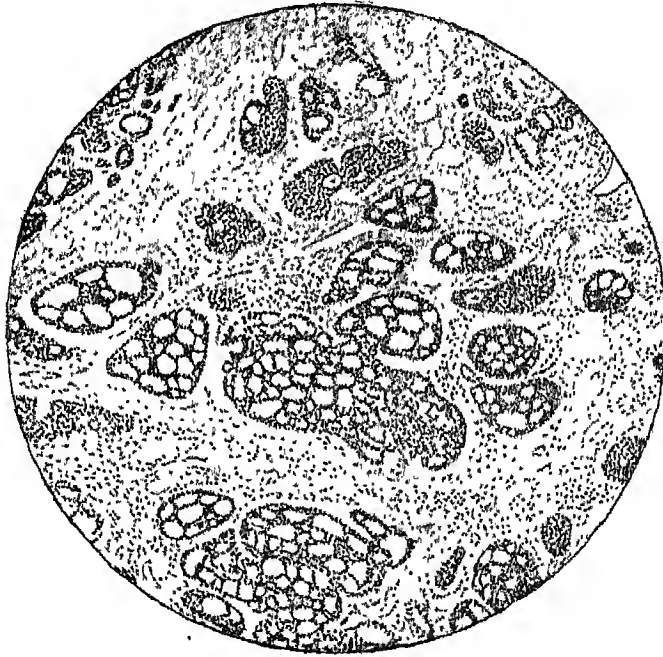
بارتھولینی دوبرہ کے ساتھ صرف وہی علامات پائے جاتے ہیں جو میکائی الاصل اور خفیف ہوتے ہیں۔ جب تک یہ ملہتب نہ ہو جائے اس سے در دیر اٹھیں ہوتا اور تناس پر یہ حساس ثابت نہیں ہوتا۔ بہر کیف تضرر یا کسی دیگر سبب سے اس میں سرایت زدہ ہونے کی طرف کسی قدر میلان پایا جاتا ہے اور اس حالت میں ایک خراج بن جاتا ہے۔

اس کا علاج استیصال ہے اور اس کا جراحی طریقہ عمل صفحہ ۹۱۱ پر بیان کیا گیا ہے۔

بارتھولین کے غدہ کی نو ساختیں۔ بارتھولین کے غدہ کے ٹھوس سلسلے نادر الوقوع ہیں۔ جہاں تک ہمارے تجربہ کا تعلق ہے یہ غدی سلعہ در حلی سلعہ اور غدی سرطان تک

محدود ہیں۔

(ا) غدی سلعہ کا ہم نے ایک مرتبہ مشاہدہ کیا ہے۔ یہ فرج کے اوپر اس طرح دکھائی دیتا تھا جیسے کہ بارتھولینی دویرہ دکھائی دیتا ہے۔ اسکی بے شکل محکم، شکل گول اور جامت اخروٹ کے برابر تھی۔ دورانِ مجامعت میں وقت پیش آنے کے علاوہ اس سے اور کوئی تکلیف



شکل ۲۲۳۔ بارتھولین کے غدہ کا درمی سلعہ (Endothelioma)۔

نہیں ہوتی تھی۔ اس کے ارد گرد کوئی تضلع نہیں تھا اور اس کا آبسانی انقباض (enucleation) کر دیا گیا۔ اس کی تراش خالی آنکھ سے دیکھنے پر پستان کے غدی سلعہ کی تراش کے مشابہ معلوم ہوتی تھی۔ یہ ٹھوس تھا لیکن اس کے مرکز پر ایک ذرا سائز فی نقطہ موجود تھا اور خرد بین سے دیکھنے پر یہ عنقودی غدی بافت پر مشتمل پایا گیا جو لیپنی سہکوں کے درمیان واقع تھی۔
(ب) درمی سلعہ (Endothelioma)۔ یہ سلعہ (دیکھو شکل ۲۲۳) بارتھولین

غدہ میں بہت نادر الوقوع ہے۔ اور یہ اسی قسم کی بالید سے جو جسم کے دیگر حصوں مثلاً ننگفہ میں واقع ہوتی ہے کسی لحاظ سے مختلف نہیں ہوتا۔

(ج) غدی سرطان (Adenocarcinoma)۔ یہ بھی ایک بہت نادر الوقوع مرض ہے۔ اٹھائیس اور نوے سال کی عمر کے درمیان دیکھنے میں آیا ہے اور نصف اصابات میں یہ پچاس سال کی عمر کے بعد عارض ہوا۔ ہربرٹ سنسر (Herbert Spencer) نے ایک مثال کا اندراج کیا ہے اور اس میں یہ معلوم ہوتا تھا کہ ستونی خلیوں والی بالید کی ابتدا اصل قنات کے عیق حصوں سے ہوئی تھی۔

382

امارات۔ یہ سلحہ پہلے پہل غدہ کے مقام پر ایک الیم سخت اور کربھی ورم کی طرح دکھائی دیتا ہے۔ جلد کی رنگت بعض اوقات متغیر ہو جاتی ہے اور ممکن ہے کہ مقامی بہج بھی ہو جو خاص کر پردہ بکارت کے خطہ میں پایا جاتا ہے۔ جلد بھی انجام کار ماؤف ہو جاتی ہے اور سطح پر ایک تغیر تو دہ روز کر آتا ہے۔ یہ بالید بعض اوقات عظم عانہ کی فرع کو بھی متاثر کر دیتی ہے۔ اُربی غدہ ابتدا ہی میں ماؤف ہو جاتے ہیں۔

علامات۔ چلنے پر خاص طور پر شدید درد پایا جاتا ہے اور مجامعت ابتدا سے مرض ہی سے درخیز ہوتی ہے۔

انذار۔ جہاں تک عود مرض کا تعلق ہے انذار بہت غیر موافق ہوتا ہے۔ ان امراض کا علاج جراحی ہے بالید اور اس کے ہم پہلو غدہ کے آزادانہ استیصال کی ضرورت ہوتی ہے۔

مبیل کے امراض

التهاب۔ حاد التهاب مبیل (acute urethritis) کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے (دیکھو صفحہ 287)۔ اس کی ابتدا عموماً سوزاک سے ہوتی ہے۔ مزمن التهاب مبیل (chronic urethritis) حاد حملہ کے بعد پیدا ہوتا ہے اور بعض اوقات یہ شروع ہی سے مزمن ہوتا ہے اور اس حالت میں یہ کسی جسم غریب کے باہر سے داخل ہونے اور یا کسی حصات کے خارج ہونے سے پیدا ہوتا ہے۔ کبھی کبھی اس کے ساتھ مبیل کا تقرح بھی پایا جاتا ہے۔

مبال کے فرش پر کے کسی عطفہ کے سرائت زدہ ہونے سے یا کسی گرد مبال غده کی سرائت سے نزع پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ مہبل کی مقدم دیوار میں ایک ایلم اور متطول ورم کی شکل میں ظاہر ہوتا ہے جس پر دباؤ ڈالنے سے دہنہ مبال سے پیپ خارج ہوتی ہے۔

اسی طرح تحت مبال خراج سے بھی ایک ورم پیدا ہو جاتا ہے جو ورم مذکور کے مشابہ ہوتا ہے، لیکن جب تک تقرح مبال کے اندر تک نہ پہنچ جائے اس کے امشولات و باکر خارج نہیں کئے جاسکتے، اور مبال میں سلائی گزارنے سے خراج کا استقصاء نہیں کیا جاسکتا۔

لحمۃ مبال (Urethral Caruncle)۔ منفذ مبال کی یہ جھوٹی چھوٹی بالیدیں

نسبتہ کثیر الوقوع ہیں۔ ان کی جسامت مٹر کے دانہ سے شاید وناور ہی متجاوز ہوتی ہے، اور یہ بالعموم مجرد ہوتی ہیں، اور منفذ کے مونرلب کے ذرا اندر سکیں کی قناتوں کے فتحوں کے بہت قریب

چھپیدہ ہوتی ہیں۔ بعض بغیر ساقچہ کے اور گول ہوتی ہیں، ان کی رنگت بھیک کی سرخ ہوتی ہے،

اور یہ جھونے پر محض خفیف سی حساس ہوتی ہیں۔ اور بعض ساقچہ دار ہوتی ہیں، ان کی رنگت

شوخ سرخ ہوتی ہے، اور یہ اکثر لعنتک دار ہوتی ہیں، اور بعض مالتول میں جھونے پر نہایت

حساس ثابت ہوتی ہیں۔ بھیک کی رنگت کی بے ساقچہ بالیدیں ایک کی بافت پر مشتمل ہوتی ہیں جس پر

مطبوق فلسفانی سرحد کا ایک غلاف موجود ہوتا ہے، یعنی یہ ایسی سلعات (granulomata)

ہوتے ہیں۔ ایک مزمن مبال مواد اکثر ان کو متلازم ہوتا ہے، اور یہ شاید گرد مبال غده کی

مزمن سرائت سے پیدا ہوتی ہیں جو منفذ کے قریب بہت کثرت سے پائے جاتے ہیں۔

بغلاف اس کے شوخ سرخ ساقچہ دار بالیدوں کی ساخت ایک معتدبہ حد تک اختلاف پذیر

ہوتی ہے۔ بعض میں غدی بافت پائی جاتی ہے جو یا نوطات (crypts) یا نیبیات یا

فضاؤں کی شکل میں موجود ہوتی ہے جن کا استر سرحد کا ہوتا ہے۔ اور ایسا معلوم ہوتا ہے کہ

یہ گرد مبال غده سے بلا واسطہ پیدا ہوتی ہیں، بالفاظ دیگر یہ غدی سلمی (adenomatous)

ہوتی ہیں، ان کا میکسل ایک نازک انصالی بافت پر مشتمل ہوتا ہے جو اکثر غلیات ہیض سے

ور ریختہ ہوتی ہے اور جس میں عروق ہمیشہ کثیر التعداد ہوتے ہیں۔ بعض بالیدوں میں غدی

عناصر کے علاوہ بڑی بڑی اور بہت سی کہفکی دموی فضا میں پائی جاتی ہیں، لیکن ان کو صحیح معنوں میں

دعائی سلمی (angiomatous) نہیں کہا جاسکا۔ بعض بالیدیں غلیی سلمی (papillomatous)

ہوتی ہیں (دیکھو شکل ۲۲۲)۔ اور ان کی سطح بے قاعدہ طور پر شکستہ

اور سطح ارتفاعات پر مشتمل ہوتی ہے جن کے درمیان تنجاولیف حائل ہوتے ہیں۔ ٹیوخرالذکر کا استر برزخی قسم کے مطبق سرچلہ کی ایک دیسزنتہ کا ہوتا ہے جو بولی گزرگا ہوں میں عام طور پر پایا جاتا ہے۔ سرطی غلاٹ ارتفاعات کی سطح پر سے اکثر غائب ہوتا ہے (دیکھو شکل ۲۲۴)۔ اگرچہ لحمات (caruncles) بعض اوقات بہت حساس ہوتے ہیں، لیکن ان میں اعصاب کی شناخت نہیں کی جاسکتی۔ لحمہ مبال سے جو علامات پیدا ہوتے ہیں ان میں سے اہم ترین یہ ہیں کہ بتول



شکل ۲۲۴۔ لحمہ مبال (Urethral Caruncle) کی حلیمی سلسلی
قسم - ا۔ سطحی انخفاض جس کا استر مطبق برزخی سرچلہ کا ہے۔
ب۔ اسی قسم کے ایک اور انخفاض یا طاقہ کی مستعرض تراش۔ میکل بہت کثیر العروق
ہے اور غلیبات اوبیش سے دریختہ ہے۔

دروغیز اور متواتر ہوتا ہے۔ درو بعض اوقات اتنا شدید ہوتا ہے کہ اس سے اختباس بول

پیدا ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات لیجیمہ سے خفیف سا بے قاعدہ نزف واقع ہو جاتا ہے اور جس میں لیجیمات جماع مولم کا موجب ہوتے ہیں۔ بہت سے لیجیمات سے قطعاً کوئی علامات پیدا نہیں ہوتی اور اگر کبھی ان کا انکشاف ہو بھی جائے تو یہ محض اتفاقی ہوتا ہے۔

اس کا علاج استیصال ہے جس میں غشائے مخاطی کا وہ قاعدہ بھی شامل ہے جس سے یہ چسپیدہ ہوتا ہے (دیکھو صفحہ 914)۔ اگر لیجیمہ کی پیدائش کا ابتدائی سبب التهاب ہو اور یا اس کے قاعدہ کا استیصال نہ کیا جائے تو یہ علیحدہ کے بعد دہرے آتا ہے۔ گاہے گاہے ایسا بھی ہوتا ہے کہ جو بالید پہلے لیجیمہ بھی جاتی ہے انجام کار اس میں سرطانی سلحہ کے خواص ظاہر ہو جاتے ہیں۔

نوسا خفیں۔ سلیم سلعات میں حلیمی سلحہ (papilloma)، مخاطی سعدانے (mucous polypi) اور لیفی سلعات شامل ہیں۔ بعض ارباب سند مباہلی لیجیمہ کو بھی اس عنوان میں شامل سمجھتے ہیں، مگر چونکہ ان بالیدوں کو مزمن التهاب کی سریری شہادت بالعموم منلازم ہوتی ہے اس لئے ہم اس عنوان سے ان کے اخراج ہی کو ترجیح دیتے ہیں خبیث سلعات سرطانات اور سلعات لیجیمہ پر مشتمل ہیں۔

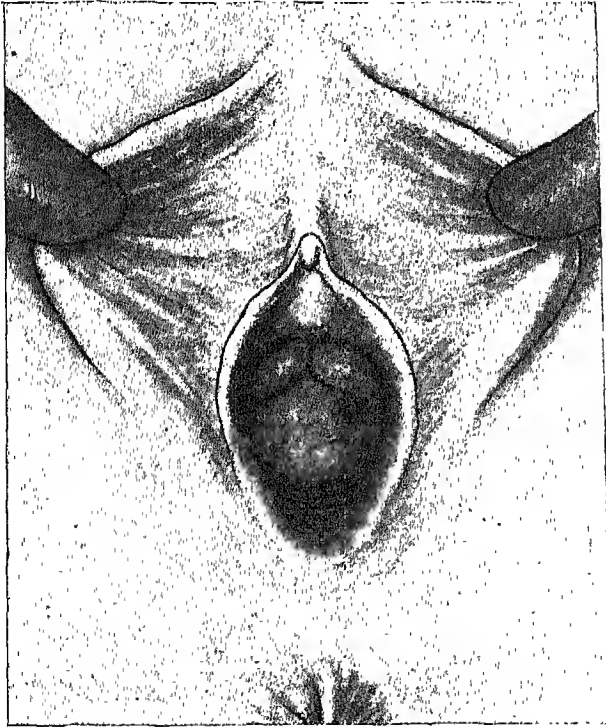
مرکب حلیمی سلعات (compound papillomata)۔ گاہے گاہے مباہل کی کوروں سے پیدا ہوتے ہوئے پائے گئے ہیں۔ مخاطی سعدانے (mucous polypi) اور لیفی سلعات بہت نادر الوقوع ہیں۔ ان کی ماہیت کو خرد بین سے امتحان کرنے سے ضرور تباہست کرنا چاہئے۔

384

مباہل کا سرطان۔ یہ مرض بعض اوقات فرج، مہبل، فٹق، یا مثانہ کے سرطان سے ثانوی طور پر پیدا ہوتا ہے اور مباہل بلا واسطہ مسلسل سے ماؤف ہوتا ہے۔ ابتدائی سرطان نسوانی مباہل میں بہت نادر الوقوع ہے اور اس کی وجہ یہ معلوم ہوتی ہے کہ فرج کا بیاضی سطحیت (leucoplakia) و پلیز اور دہنہ مباہل کو کبھی ماؤف نہیں کرتی جہاں تک خبیث امراض کی بحث اسباب کا تعلق ہے مزمن التهاب غالباً اس مقام پر بھی وہی کام سرانجام دیتا ہے جو یہ دوسرے مقامات پر دیتا ہے (پہلے: Hiale)۔

علامات دیر بعد پیدا ہوتے ہیں۔ اور یہ درخیز قبول، نزف اور مواد ہیں۔ جب تفرح اچھی طرح سے واقع ہو جاتا ہے تو درد قبول سے بلا تعلق بھی ہوتا ہے۔

یہ مرض نادر الوقوع ہے۔ ہم میں سے ایک (بی۔ ڈیلو) نے تینتالیس اصباہات جمع کئے ہیں، اور اس کے بعد دیگر اصباہات کی بھی ہم کو اطلاع پہنچی ہے۔ مباہل کے سرطان کو سریریاتی نقطہ نظر سے فرجی مباہلی (vulvo-urethral) اور مباہلی (urethral) اقسام میں تقسیم کیا جاسکتا ہے۔



شکل ۲۲۵ - نزد مباہلی غد کا غدی سرطان جس سے مباہل کے فرش پر ایک سلعہ بن گیا ہے۔

فرجی مباہلی قسم کے تین انواع ہیں (۱) تاریک ارغوانی رنگت کی ایک بے قاعدہ حلیمی سلعی بالید جس سے چھوٹے پرغون بہنا شروع ہو جاتا ہے، اور مباہل کے کلاں لجمہ اور غصائے غطالی کے سقوط حاد سے اس کی تقریقی تشخیص کرنا ضروری ہوتا ہے۔ (شکل ۲۲۵ اور ۲۲۶ کا مقابلہ کیا جائے)۔ (۲) یہ ایک تقرقی نوع ہے جو دہنہ مباہل کے فرش پر

واقع ہوتی ہے۔ (۳) منفذ کے ارد گرد کا قصب جس سے ضیق (stenosis) پیدا ہو جاتا ہے۔
مباہلی قسم مندرجہ ذیل شکلوں میں پائی جاتی ہے۔ (۱) ایک بے قاعدہ
منتقل قرصہ جو صرف مباہل مین (urethroscope) سے امتحان کرنے پر دکھائی دیتا
ہے۔ (۲) ایک گرد مباہلی قصب جو بڑھتے بڑھتے مباہل کو تمام طول میں ماؤف
کر دیتا ہے۔

385

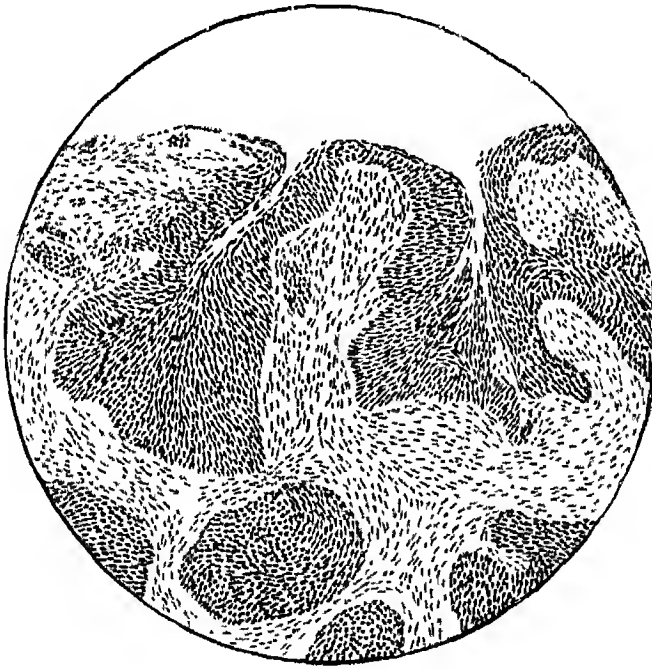
یہ مرض ان معمر عورتوں کو عارض ہوتا ہے جو سن الفطراع الطمث سے گزر چکی
ہوں۔ اس کی ابتدا یا تو گرد مباہلی غد سے ہوتی ہے جبکہ اس کی نیجیات غدی سرطان
(adenocarcinoma) کی سی ہوتی ہے اور یا یہ سطحی سر حملہ سے شروع ہوتا ہے اور
تلمسانی خلیہ وار سرطان (squamous-celled cancer) کی شکل اختیار کر لیتا ہے۔
(دیکھو شکل ۲۲۶)۔ یہ اول اول مباہل کے فرش پر حملہ آور ہوتا ہے اور یہاں سے بالید
منفذ سے لے کر مثانہ تک تمام قنال کے ساتھ ساتھ پھیل جاتی ہے۔ اپنی غد کم از کم
۲۰ فیصدی اصابات میں ماؤف ہو جاتے ہیں (دیکھو Karaki)۔ بعض اوقات یہ
مرض دہلیز پر پھیل جاتا ہے اور دیوار مہبل میں سے گزر جاتا ہے، مگر مثانہ پر حملہ آور ہونے
کا اس میں کوئی مہلان نہیں پایا جاتا۔

اس مرض کا علاج یہ ہے کہ مباہل اور دونوں طرف کے غد داربی کا آزادانہ استیصال
کر دیا جائے۔ اگر مباہل کے قریبی سرے کا کچھ حصہ بچا یا جا سکے تو اسے مہبل کی مقدم دیوار
کے ساتھ نائکوں سے ملا دینا چاہئے۔ جو حالت شکل ۲۲۵ میں دکھائی گئی ہے اس میں
ایسا کیا گیا تھا اور علیہ کے بعد سلس البول واقع نہیں ہوا تھا۔ اگر دوران علیہ میں مثانہ
کے عضلہ عاصہ کو دور کر دینا ضروری ہو تو عنق مثانہ کو بند کر کے ایک مستقل فوق حانی
ناسور بنا دینا چاہئے۔

مباہل کا سلحہ لحمیہ (sarcoma) بہت نادر الوقوع ہے اور اس کے صرف
چند اصابات ہی درج کئے جا چکے ہیں۔ یہ معمر عورتوں اور زمانہ شیر خوارگی میں پایا گیا ہے۔
اس بالید کی رنگت تاریک سرخ ہوتی ہے اور یہ ایک عمیق طور پر مشقوق کریمچہ کی شکل
کی دکھائی دیتی ہے جسے چھونے پر خون بہنا شروع ہو جاتا ہے۔ اور تراش کاٹنے پر
اس کا منظر دماغ کی طرح رمادی ہوتا ہے۔ اس کا علاج یہ ہے کہ اس کا آزادانہ استیصال

کرو یا جائے۔

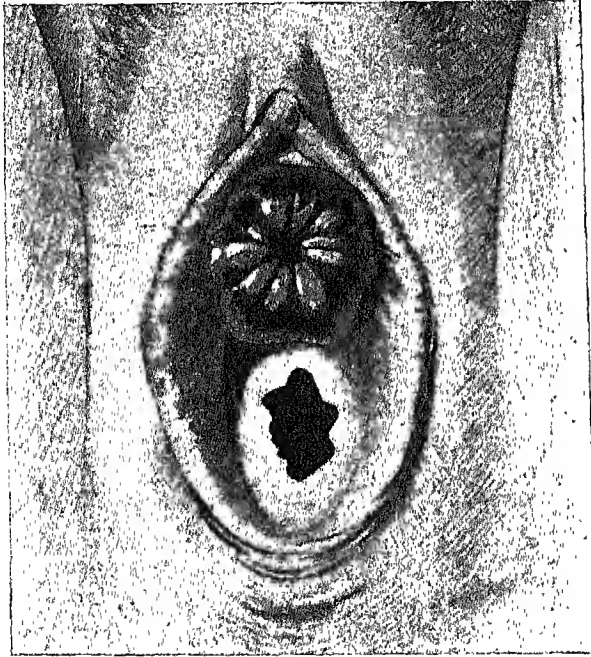
حصات مبال (Urethral Calculus) - عورتوں میں حصات مبال شاذ و نادر ہی پایا جاتا ہے۔ یہ بعض اوقات فاسفیٹوں (phosphates) کے کسی جسم غریب یا کسی تارک المقام گرہ کے گرد فراہم ہو جانے سے پیدا ہو جاتا ہے۔ سنگ مثانہ بھی کبھی کبھی مبال میں محسوس ہو جاتا ہے، اور کسی مبال عطفہ میں بھی حصات بن سکتا ہے۔



شکل ۲۲۶ - فلسفانی خلیہ دار قسم کا فوجی مبال سرطان (Vulvo-urethral Carcinoma)۔

امارات - مبال چھوٹے پرائیم ثابت ہوتا ہے۔ حصات مبال کی مقدم دیوار میں سے محسوس کیا جاسکتا ہے، اور اگر مثانی مجتہ داخل کیا جائے تو یہ حصات کو مس کرے گا۔ ہم میں سے ایک (بی۔ ڈیلو) نے ایک اصابعہ کا جو کسی قد رمز من تھا مشاہدہ کیا ہے، اس میں حصات مبال کی ٹخنہ دیوار اور مبال کی مقدم دیوار میں سے بذریعہ تفریح حقیقتہ

جہیل میں نکل آیا تھا۔ اس مثال میں حصات مبال کے ایک بڑے عطفہ میں پڑا تھا، اور اسکی جسامت سے یہ بخوبی ظاہر ہوتا تھا کہ یہ یہاں کچھ عرصہ سے موجود ہے۔
 علامات - مثانہ سے خارج شدہ حصات مبال کو مسدود کرنے سے احتباس بول پیدا کر سکتا ہے۔ التهاب مثانہ کے علامات بالعموم موجود ہوتے ہیں، اور حصات کے پھینس جانے سے ان پر درد اور ضیق البول (strangury) کا اضافہ ہو جاتا ہے۔



شکل ۲۲ - مبال کی غشائے مخاطی کا سقوط حاد (آرنولڈ لی: Arnold Lea)۔

علاج - حصات کلاب سے دور کیا جاسکتا ہے، اور یا جہیل میں سے مبال کی مؤخر دیوار میں شکاف دینے سے نکالا جاسکتا ہے، اور زخم تانت کے ٹانگوں کی دوتھوں سے بند کر دیا جاتا ہے۔
 مبال کی غشائے مخاطی کا سقوط (دیکھو شکل ۲۲) - خفیف مدارج میں

یہ حالت بے ساختہ مبال کی لچیمہ سے خلطاط کی جاسکتی ہے۔ غنائے مخاطی کا ایک مکمل یا غیر مکمل حلقہ بروں گردیدہ ہو کر منفذ میں سے باہر نکل آتا ہے، اس کی رنگت دہلیز کی غنائے مخاطی کی رنگت سے زیادہ گہری ہوتی ہے، اور یہ منفذ کی کوروں کے اوپر معلق ہوتا ہے۔ یہ باسانی ظاہر کیا جاسکتا ہے کہ یہ اسس روزن کے کناروں کے ساتھ چسپیدہ ہے، اور وہ مہ مبال اس کے مرکز میں واقع ہوتا ہے (دیکھو شکل ۲۲۰)۔ اس حالت کے ساتھ عام طور پر مبال کا کسی قدر اتساع بھی پایا جاتا ہے، اور منفذ کی عریض حالت غالباً اس کا محرک سبب ہوتی ہے۔ بعض اوقات اس سے مشابہ کی خراش پذیریری کے ویسے ہی علامات پیدا ہو جاتے ہیں جیسے کہ مبال کے لیحات میں پائے جاتے ہیں۔

387

بعض اوقات اس کی ایک حادثہ شکل بھی پائی جاتی ہے جس میں قنال مبال کی غنائے مخاطی کا ایک بڑا حصہ منفذ میں سے دفعہ بروز کر آتا ہے۔ ہم میں سے ایک نے ایک ایسے اصابعہ کا مشاہدہ کیا ہے جس میں نہ صرف مبال ہی مکمل طور پر بروں گردیدہ تھا بلکہ مشابہ کا قاعدہ بھی سقوط سے متاثر تھا۔ ایسا معلوم ہوتا تھا کہ سبب قریبہ اجابت کے لئے کانگھنا تھا اور سبب معیہ مبال کا اتساع یا مہبل کی مقدم دیوار کا سقوط تھا۔ بروز یافتہ غنائے مخاطی مکمل یا جزوی طور پر مخنوق ہو جاتی ہے اور اس سے ایک ورم بن جاتا ہے جو حسامت میں بعض اوقات اخروٹ کے برابر ہوتا ہے۔ اس کی رنگت حسب مقدار اختناق گہری سرخ یا تقریباً سیاہ ہوتی ہے۔ اس ورم کی چوٹی پر ایک روزن دکھائی دیتا ہے جس سے پیشاب آہستہ آہستہ ٹپکتا رہتا ہے۔ اس حالت سے شدید درد، عسر البول، تو اتر بول یا سلس البول پیدا ہو جاتا ہے، اور بعض اوقات مثانی ترثر (vesical tenesmus) واقع ہو جاتا ہے۔

ممتلی مخاطیہ سے از خود یا دوران تبول میں تھوڑا سا سیلان خون بھی ہوتا ہے۔ سقوط کی تیز کسی نوبالید سے اس امر سے کی جاتی ہے کہ قنال مبال اس کے مرکز میں سے گزرتی ہے، اور جب بالید موجود ہوتی ہے تو منفذ بول ہمیشہ خارج المرکز ہوتا ہے۔ اور یہ زیادہ تر ورم سے اوپر واقع ہوتا ہے، جیسا کہ اس غدی سرطان میں پایا گیا تھا، جو شکل ۲۲۵ میں دکھایا گیا ہے۔

حادثہ م کا علاج یہ ہے کہ اگر ممکن ہو سکے تو معدوم جس کے زیر اثر ترجیح کر دیا جائے۔

مگر کبھی کبھی یہ غیر ممکن ہوتا ہے، اور ترجیح کے بعد بھی مسقوط کے وقوع کا امکان ہوتا ہے۔
ایسی حالت میں ساقط غشائے مخاطی کا استنبصال ضروری ہوتا ہے، اور اس کے انجام دینے کے
طریقہ کا ذکر صفحہ 914 پر کیا گیا ہے۔

عظفۃ مہبال (Urethral Diverticulum)۔ اس اصطلاح کا اطلاق
ایک جیب پر کیا جاتا ہے جو مہبال کے فرش کے نیچے واقع ہو، اور اس سے ایک تنگ
دہنہ کے ذریعہ سے ملی ہوئی ہو۔ اس حالت میں مہبال کی قنال خود طبعی فطریہ کی ہوتی ہے۔
روٹھ (Routh) نے اس کو نزد مہبالی غدک کا ایک محسوس دوبرہ تصور کیا تھا جس میں ثانوی طور پر
ایک فتقہ پیدا ہو جاتا ہے جو مہبال کے فرش میں سے گزر کر مہبال میں کھل جاتا ہے۔

علاج۔ ان دوبری اور ام کا میلان نتیج کی طرف ہوتا ہے اور ان میں حصات بھی
پیدا ہو سکتا ہے۔ ان کو بذریعہ نقطیج باہر نکال دینا چاہئے، اور دیوار مہبال کا تسلسل دوسروں
سے از سر نو قائم کر دینا چاہئے۔

قیبۃ مہبال (Urethrocele)۔ اس حالت میں مہبال کا فرش اور غاص کر اسکا
وسطی ثلث مسقوط ہو جاتا ہے۔ قیبۃ مثانیہ (cystocele) کے ساتھ یہ حالت بالعموم یائی
جاتی ہے۔ مزید معلومات کے لئے مطالعہ کنندہ کو احشائے عرض کے سقوط کا باب دیکھنا
چاہئے (دیکھو حصہ سوم، باب چہارم، صفحہ 611)۔

حصہ سوم - باب دوم امراض مہبل

388

مہبل میں التهاب، نفرت، دیرے، اور ٹھوس سلمات (سیلیم اور خبیثیت) پیدا ہو سکتے ہیں۔ نیز خلقی شذوذات اکتسابی نقائص اور ضررات بھی واقع ہو جاتی ہیں۔

التهاب مہبل

(VAGINITIS: COLPITIS)

مہبل کی دیواروں کا التهاب کثیر الوقوع نہیں۔ مرضی افراز، فلسفانی سرعہ کی کمی ایک نہیں، اور غد کی عدم موجودگی یہ سب حالتیں اس کو سرائت سے محفوظ رکھتی ہیں جب رحمی الاصل قیمی موادوں سے افراز مہبل قلوئی ہو جاتا ہے اور یا جب سرعہ پر کسی مقفول یا درست نہ بیٹھنے والے فرزجہ (pessary) یا کسی دوسرے جسم غریب کا دباؤ پڑتا ہے تو مذکورہ قدرتی رکاوٹیں جو سرائت کے لئے سد راہ ہوتی ہیں زائل ہو جاتی ہیں۔

اسباب - التهاب مہبل کے عام ترین اسباب سوزاک یا بنقاتِ بسیجہ سے پیدا شدہ سرائتیں، فرزجوں کا استعمال، زیادہ گرم مہبلی نظولات کا کثرت استعمال، اجسام غریبہ کا داخل کرنا، کثرتِ مجامعت، اناسوروں کی موجودگی، نفخہ اور خبیثیت رحمی بالیدیں اور معوی طغلیہ ہیں۔ زیادہ شاذ اسباب میں سے نوعی اور تدریجی قروح اور نیز خود مہبل کے خبیث امراض ہیں۔

جہاں تک سوزاک کا تعلق ہے ہم یہ پھر کہیں گے کہ اس سے ابتدائی التهاب مہبل

سوائے بچوں اور حاملہ اور مہر عورتوں کے شاذ و نادر ہی پیدا ہوتا ہے۔ مزمن سوزاکِ عنق میں بعض اوقات ایک ثانوی التهاب مہبل موجود ہوتا ہے، جو ان عضویوں سے پیدا ہوتا ہے جو بنفہ سوزاک کے سرایت کرنے کے بعد حملہ آور ہوتے ہیں۔

ابتدائی التهاب مہبل بچوں میں فرجی مہبل التهاب کی شکل میں ظاہر ہوتا ہے، اور جس طرح یہ حالت سوزاک کے سرایت سے پیدا ہوتی ہے اسی طرح یہ دوسرے اسباب سے بھی پیدا ہو سکتی ہے (دیکھو صفحہ 286)۔

حادثہ التهاب مہبل (Acute Vaginitis)۔ نمایاں علامات درد، ضرابان اور جلن اور حرارت کا احساس ہیں۔ عسر البول کی شکایت موجود ہوتی ہے، اور بعض اوقات عسر تبرز (dyschesia) بھی پایا جاتا ہے۔ معائنہ کرنے پر غشائے مخاطی سرخ اور متورم حلیموں کے موجود ہونے کی وجہ سے کھردری دکھائی دیتی ہے۔ اور کثیر المقدار مٹی یا مخاطی فیجی مواد سے پوشیدہ ہوتی ہے۔ پیپ کو پچا رے سے صاف کرنے پر سطح الیم بانی جاتی ہے، اور حلیموں کے سروں سے خون بھی بہنا شروع ہو جاتا ہے۔ خارجی طور پر التهاب فرج کے علامات موجود ہوتے ہیں، اور شفرتین بعض اوقات مغلف مواد سے ایک دوسرے کے ساتھ منظم ہوتے ہیں جس سے بعد میں متصلہ جلد کی تسبیط (intertrigo) پیدا ہو جاتی ہے۔

بچوں کا فرجی مہبل التهاب (دیکھو شکل ۱، ۲، صفحہ 287) حادثہ التهاب مہبل کی ایک قسم ہے جو سرایت فرج کی شکل میں شروع ہوتا ہے، اور یہاں سے یہ مہبل تک پھیل جاتا ہے، اور یہ سب عروں کے بچوں میں پایا جاتا ہے۔ جیسا کہ پہلے بھی بیان کیا جا چکا ہے اصابات کی ایک کافی تعداد میں یہ مرض سوزاک کے سرایت کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے، جو تولیوں یا انگلیوں کے ذریعہ سے پہنچ جاتی ہے، اور یا حملہ مجرمانہ کا نتیجہ ہوتی ہے۔ دیگر امثلہ میں یہ حالت کھروچنے سے پیدا ہوتی ہے جس کے بعد جلدی عضویئے سرایت کر جاتے ہیں۔ میل کھیل اور چرنوں سے اکثر حکمۃ الفرج پیدا ہو جاتا ہے جس سے کھروچنے کی ضرورت پڑتی ہے۔ شاذ و نادر اصابات میں فرجی مہبل التهاب کلیتس لافلر (Klebs-Löffler) کے عصیہ کی سرایت کے بعد پیدا ہو جاتا ہے، اور گاہے گاہے خسرہ اور دیگر حمیات طفیمہ میں یہ پھیلنے کی شکل میں بھی پایا جاتا ہے۔

حادثہ التهاب مہبل کا علاج اکثر بہت غیر اطمینان بخش اور طویل ہوتا ہے۔ مسبب عضویہ کو

جراثیمیاتی امتحان کے ذریعہ سے دریافت کرنا چاہئے، اور نیز جراثیموں کی تلاش احتیاط کمر ساتھ کی جائے۔ خفیف سے دفع عفونت غسولات کا استعمال کرنا چاہئے، اور سخت صفائی کا لحاظ رکھنا چاہئے۔ اگر بنفقہ سوزاک مل جائے تو کوکوسال سلورائیڈ (colossal silver iodide) کے ۲ فی صدی محلول، گلیسرین اور ایکری فلیبوین (۵۰۰ میں طاقت) یا مرکبوروکروم کی آزمائش کرنا چاہئے۔ محلول ایک چھوٹے سے قاساطیر یا نالچہ کے ذریعہ سے مہبل میں داخل کیا جاسکتا ہے۔

حادثہ التهاب مہبل کے سرسری اقسام۔ مہبل کے حادثہ التهاب کا سرسری منظر ساری عامل کے لحاظ سے کسی قدر اختلاف پذیر ہوتا ہے، اور مندرجہ ذیل نوعی اقسام بیان کئے گئے ہیں:۔

(ا) جراثیمی یا ذراتی التهاب مہبل۔ یہ التهاب مہبل کی ایک نادر الوقوع قسم ہے جو دورانِ حمل میں بالعموم سوزاکی سرایت سے پیدا ہو جاتی ہے، اور حمل کی پیچیدگی کے طور پر پائی جاتی ہے۔ اس حالت میں درد موجود ہوتا ہے، اور ایک زردی مائل سبز مواد بکثرت پایا جاتا ہے۔ اس کا نام جراثیمی یا ذراتی اس لئے رکھا گیا، کہ اس میں دیوار مہبل پر گہری سرخ رنگت کے چھوٹے چھوٹے منقلب کر بیچے موجود ہوتے ہیں۔

(ب) نفثاتی التهاب مہبل (Emphysematous Vaginitis)۔ یہ بھی ایک نادر الوقوع مرض ہے جس میں چھوٹے چھوٹے اور سخت ارغوانی بنور بن جاتے ہیں۔ یہ بنور تھکی ہو جاتے ہیں اور گیس کے بھر جانے سے بے بسیچہ ہوتے بن جاتے ہیں۔ ذراتی التهاب مہبل کی طرح یہ التهاب بھی اُن عورتوں میں زمانہ حمل و نفاس میں بہت کثرت کے ساتھ پایا جاتا ہے جو بنفقہ سوزاک سے سرایت زدہ ہو جاتی ہیں۔

(ج) عفونتی التهاب مہبل (Septic Vaginitis) زمانہ نفاس میں مہبل کی دیردگیوں کے سرایت زدہ ہونے سے پیدا ہوتا ہے، اور اس سے ایک غشائے کاذب بن جاتی ہے جس میں نبتات سبجیہ (streptococci) پائے جاتے ہیں اور یریم زاعضویات کا ایک آمیزہ موجود ہوتا ہے۔ وضع حمل کے علاوہ بعض اوقات ینبیت مرض سے پیدا شدہ تقرح یا عجموس فرجوں سے بھی ثانوی طور پر واقع ہو جاتا ہے۔ اسی طرح سرطانِ عنق یا اغشائی عضلی سلعہ کے بدبودار موادوں سے بھی یہ التهاب پیدا ہو جاتا ہے۔

(د) غشائی یا قلاعی التهاب مہبل (Membranous or Aphthous Vaginitis) بعض اوقات کسی طویل المدت موض کے اختتام پر کمزور مریضوں میں بویضی فطر ابضی

(oidium albicans) یا مونیلیا (monilia) کے موجود ہونے سے پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ قلاعی التهاب ج کی نرسس سے واقع ہوتا ہے (دیکھو صفحہ 350)۔

بعض اوقات مہبل میں کاویات لگانے کے بعد بھی کاذب غشیہ بن جاتے ہیں۔ دفتیر یا لی التهاب مہبل بھی غشائی قسم کی ایک نوع ہے۔ یہ بچوں میں ورجی مہبل التهاب کی ایک نوعی قسم کی شکل میں پایا جاتا ہے اور اس سے مہبل کا مکمل یا سطحی ضیق واقع ہو سکتا ہے۔ دفتیر یا لی اصابات میں مقامی علاج کے ساتھ ساتھ دفتیر یا اینٹی ٹاکسین (diphtheria antitoxin) کا استعمال کرنا چاہئے۔

مزمن التهاب مہبل (Chronic Vaginitis)۔ التهاب مہبل کی یہ نازلی شکل کافی کثرت سے پائی جاتی ہے اور یہ سیلابی ایض کے عام اسباب میں سے ہے۔ اس میں غشائے مخاطی سرخ ہو جاتی ہے اور ایک مخاطی قہجی مواد بکثرت موجود ہوتا ہے۔ دیوار مہبل کا معائنہ کرنے سے کئی ایک چھوٹے چھوٹے رقبہ جات دکھائی دیتے ہیں جن کی رنگت گرد و نواح کے مخاطیہ سے زیادہ سرخ ہوتی ہے اور جن کو روئی کا بچارا لگانے سے خون بہنا شروع ہو جاتا ہے۔ ضررات مرض مہبلی قہجوں میں نمایاں تر بن جاتے ہیں۔ گاہے گاہے چھوٹے چھوٹے آبلے یا قوارج بھی سطح پر دیکھنے میں آتے ہیں جیسا کہ التهاب مہبل کی جراثیمی قسم میں ہوتے ہیں جس کا اوپر ذکر کیا گیا ہے۔ خردبین سے امتحان کرنے پر دیوار مہبل کی زیر سطحی انصالی بافت میں گول غلیبوں کی درریز کش اور سطحی سرطانی تہوں کا وسیع نقشہ دکھائی دیتا ہے۔ جو نشانات گہرے سرخ رقبہ جات کے متناظر ہوتے ہیں ان پر سے سرطانی بعض اوقات مکمل طور پر اتر جاتا ہے۔ اور انصالی بافت معر نظر آتی ہے۔ مواد کا تعامل تعدیلی یا قلعوی ہوتا ہے اور اس میں اترے ہوئے سرطانی کے علاوہ بہت سے قہجی غلیبے بھی پائے جاتے ہیں۔

390 ایسی عورتوں میں جو سن یا اس سے گزر چکی ہوں یا ایسی نوجوان عورتوں میں جن میں صناعی یا عملیتی انقطاع الطمث پیدا کیا جا چکا ہو نازلی التهاب مہبل کی ایک شدید قسم اکثر پائی جاتی ہے جسے ”پرورشی“ التهاب مہبل (”trophic“ vaginitis) کے نام سے موسوم کیا جاسکتا ہے۔ اس قسم میں جس کو ”شیخی“ (”senile“) یا ”زنی“ التهاب مہبل بھی کہا جاتا ہے مذکورہ سابقہ گہرے سرخ رقبہ جات بڑے بڑے اور بہت سے ہوتے ہیں اور یہ اکثر دہن مہبل کو خاص طور پر متاثر کرتے ہیں۔ سرطانی نقشہ بہت زیادہ ہوتا ہے اور سطحی تھرج کے بڑے بڑے رقبہ جات سے دو قہجی پیدا ہو سکتے ہیں (۱) انصالی بافت میں

لیفیتی درازت اور انقباض واقع ہو سکتا ہے جس سے یا تو دیوار مہبل میں بے قاعدہ شکن بنو و ا رہو جاتے ہیں یا مہبل کا درونہ تنگ ہو جاتا ہے۔ (۲) جو خراشیدہ سطحیں ایک دوسرے سے مقترب ہوتی ہیں وہ بعض اوقات آپس میں منضم ہو جاتی ہیں اور اس طرح مستعرض فواصل بن جاتے ہیں، اور یا جب قبوے ماؤف ہو جاتے ہیں تو چھوٹی چھوٹی جلیسیں بن جاتی ہیں جو اصلی درونہ مہبل سے بالکل علیحدہ ہوتی ہیں۔

یہ ایک حقیقت ہے کہ اس عارضہ کے ساتھ فرج کا ذبولی مرض بالعموم ایک پیچیدگی کی شکل میں موجود ہوتا ہے جو ”بڑمردگی فرج“ (*Kraurosis vulvae*) کے نام سے موسوم ہے، اور یہ دونوں ضررات بالعموم اکٹھے موجود ہوتے ہیں (دیکھو صفحہ ۱۴، صفحہ ۳۵۴)۔

پرورشی التهاب مہبل میں کثیر المقدار قیقی مادیایا جاتا ہے جو بعض اوقات خون آلود ہوتا ہے۔ عمل التهاب کی اضافی شدت کو دیوار مہبل کے ذبول اور مہبل کے محافظ افراز کے فقدان کے ساتھ مشوب کرنا چاہئے جن کی وجہ سے جراثیم کے حملہ کے خلاف بانٹوں کی استعداد مزاحمت کم ہو جاتی ہے۔

التهاب مہبل کے سبب کی تشخیص - مسبب عضویہ کو معلوم کرنے کے لئے مواد کا ہمیشہ امتحان کرنا چاہئے۔ نبتہ سوزاک کے متعلق یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ یہ مہبل سے جلد ہی غائب ہو جاتا ہے اور اس لئے اس میں محض ثانوی سرانست کے جراثیم ہی پائے جاسکتے ہیں۔ لہذا کسی منفی نتیجہ کے حاصل کرنے سے سوزاک کو مستثنیٰ نہیں کیا جاسکتا۔ پچارا ہمیشہ عنق یا مبال سے طیار کرنا چاہئے، کیونکہ نبتہ سوزاک ان محلات میں زیادہ ویر تک موجود رہتا ہے (دیکھو صفحہ ۲۸۵)۔ متلازم حالتوں کی موجودگی سے مزمن سوزاک کے شبہ کو تقویت

پہنچتی ہے، مثلاً التهاب عنق، التهاب مبال، اور بار تقویٰ لینی غدہ کا التهاب بعض اوقات ابتدائی شہادت کی شکل میں موجود ہوتے ہیں۔ مزمن التهاب مہبل کے جن اصابات میں بانٹوں کے منظر سے سرانست سوزاک کا شبہ پیدا ہوتا ہو لیکن نبتات سوزاک کا جرثومیاتی ثبوت نہ ملتا ہو ان میں مہبل شعری ثعلالیہ (*Trichomonas vaginalis*) سے سرانست واقع ہونے کے امکان کو ضرور یاد رکھنا چاہئے (دیکھو صفحہ ۳۲۷)۔ تازہ مواد کے ایک جنبہ کا طبعی محلول نمک کے ساتھ تازہ قطرہ آویزاں پتھیر میں امتحان کرنا چاہئے۔ زمانہ طفولیت کے فرجی مہبلی التهاب کی جرثومیاتی تشخیص کے لئے مبال مین (urethroscope) کا استعمال

کیا جاسکتا ہے۔ سنکلیر (Sinclair) نے تراہی اصابات کا امتحان کیا ہے، اور اس کا یہ بیان ہے کہ اگر اس آلہ کا استعمال نہ کیا جاتا تو ۲۲ فی صدی اصابات میں نبتہ سوزاک شناخت نہ کیا جاسکتا۔

مزمن التهاب مہبل کا علاج۔ التهاب مہبل مقامی اطلاقات کے متواتر استعمال اور نظرات سے علاج پذیر ہے۔ اور اس علاج کا کلمہ عمومی صحت کی طرف توجہ دینے اور مقامی خراش سے احتراز کرانے سے کرنا چاہئے۔

نظولات صرف موادات کو دور کرنے کے لئے مفید ہوتے ہیں، اور اس طرح ان سے وہ خراش کم ہو جاتی ہے جو موادات کے مخاطبیہ سے مناس ہونے سے پیدا ہوتی ہے، اور محسوس افزات میں تحلیل واقع نہیں ہوتی۔ سادہ لمبی نظول (saline douche) جو ایک بائٹ پانی میں سوڈیم کلورائیڈ (sodium chloride) کی چائے کا ایک چمچہ مقدار پر مشتمل ہوتا ہے اکثر اوقات مفید ثابت ہوتا ہے جو کمزور محمولات بطور دافع عفونت نظولات استعمال کئے جاتے ہیں ان سے ان عضویات پر جو مہبل سرخلمہ میں نفوذ کر چکے ہیں کسی قابل جراثیم اثر کا مرتب ہونا ناممکن ہے۔

بھی وجہ ہے کہ دواؤں کے مقامی استعمال کی ضرورت ہوتی ہے، اور یہ یا تو منظر میں سے براہ راست لگائی جاسکتی ہیں اور یا دوا زدہ مہبل فرایزج استعمال کئے جاسکتے ہیں۔ سوزاک اور شعری ثنالیہ (trichomonas) کے اصابات میں بعض اوقات دیوار ہائے مہبل کی معدم جس کے زیر اثر جراحی تعقیم کرنا ضروری ہوتا ہے۔ جو دوائیں منظر میں سے لگائی جاسکتی ہیں ان میں سے مفید ترین نائٹریٹ آف سلور (nitrate of silver) کا محلول (۱ اونس میں ۱۰ تا ۲۰ گرین) آیوڈین (iodine) کا ۲ فی صدی محلول، اور مرکب رو کروم کا ۲ تا ۴ فی صدی محلول ہیں۔ ان محمولات کا دیوار ہائے مہبل پر بخشنہ میں دو یا تین دفعہ طلا کیا جاسکتا ہے، اور ایسا کرنے سے پہلے مہبل کا اچھی طرح سے نظول کر دینا چاہئے تاکہ اس سے افزاد دور ہو جائے۔ مریضہ ایسے دوا زدہ فرایزج کو جن میں اکتھیال (ichthyol)، ریسورسین (resorcin)، آیوڈکس (iodex)، ایکری فلیوین، مرکب رو کروم اور ایسے ہی دیگر اشیاء شامل ہوں ہر شب مہبل میں رکھ سکتی ہے۔ جب فرزجہ کا وسط (medium) پکھل جاتا ہے تو دافع عفونت دوا دیوار ہائے مہبل پر تقسیم ہو جاتی ہے۔ دوا زدہ فرزجہ کو داخل کرتے سے تھوڑی دیر پہلے محلول نمک یا سوڈیم ہائی کاربونیٹ کے

۲ فی صدی محلول سے نطول کرنا چاہئے۔
عمومی علاج یہ ہے کہ مجامعت سے احتراز اور انکھل اور تمباکو سے پرہیز کیا جائے، گلوکوس (glucose) کھلائی جائے، اور روزانہ اجابت کا انتظام کیا جائے۔

مہبل کا تقرح

یہ تقرح مندرجہ ذیل حالتوں میں واقع ہوتا ہے :-
(۱) مغضول یا درست نہ بیٹھنے والے فرزجہ کا دباؤ پڑنے سے، اور گاہے گاہے ان اجسام غریبہ سے جو اغراض مساحت سے یا امتناع استتقار حمل کے لئے داخل کئے جاتے ہیں، اور یا جن کو مجنون اشخاص داخل کر لیتے ہیں۔ اس قسم کے ضربتی تقرح سے بعض اوقات مجائے مستقیم یا مثانہ کے ساتھ ناسوری ربط پیدا ہو جاتے ہیں۔
(۲) ان دریدگیوں سے جو سرائت زدہ ہو جاتی ہیں۔ یہ بعض اوقات زمانہ نفاس میں نفاسی نسیم الدم (puerperal toxæmia) یا عفونت الدم (septicæmia) کے ساتھ پائی جاتی ہیں، اور بعض اوقات ضربہ سے پیدا ہوتی ہیں۔
(۳) دوسرے اور تیسرے درجہ کے شدید سقوط کی حالت میں رگڑ سے۔
(۴) تذرئی یا آتشکی سرائت سے۔
(۵) خبیث نوساختوں سے۔
تقرح کے ساتھ مقامی یا عمومی التهاب مہبل لازمی طور پر پایا جاتا ہے۔

مہبل کے ضربتی ضررات

(TRAUMATIC LESIONS OF THE VAGINA)

وضع حمل میں مہبل اکثر دریدہ ہو جاتی ہے، اور دوران ولادت میں طویل المدت مضطرب سے مقدم دیوار کے بعض حصوں میں اغتشاش واقع ہو جاتا ہے جس سے مثانی مہبلی ناسور پیدا ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات تشدد سے دیوار مہبل میں انتقاب واقع ہو جاتا ہے، اس کا عام ترین محل مؤخر قبوہ ہے

اور اس ضرر سے عفونتی التهاب باریطون پیدا ہو سکتا ہے۔ ایسا ضرر کسی غیر ماہر شخص سے اسقاط کرانے سے یا دیوانی عورتوں میں خود زبری (self-mutilation) سے یا کسی تیز اوزار پر اس طرح گرنے سے کہ ناگیں ادھر ادھر ہوں یا بتدق کے زخموں سے واقع ہو سکتا ہے۔ مہیل کی شدید دریدگیوں کا ہے گاہے مجامعت سے بھی پیدا ہو جاتی ہیں اور یہ بالعموم بردہ بکارت سے آگے بڑھ کر مہیل کی موخر دیوار میں چلی جاتی ہیں۔ مگر بعض مثالوں میں مہیل کے قنات میں بھی وسیع دریدگیاں واقع ہو چکی ہیں جن سے شدید نرفت پیدا ہوا تھا۔

مہیل کی دریدگیوں کا فوری علاج زخم کی عضوئت کو دفع کرنے، نرفت کو بند کرنے، اور ٹانگوں سے اسکی مرمت کرنے پر مشتمل ہے۔ اگر حصے شدید طور پر کوفتہ ہو جائیں تو زنی نقطہ کو متکشف کرنے اور اسے باندھنے میں بعض اوقات دقت پیش آتی ہے۔ ایسی حالتوں میں دیوار مہیل کی دریدگی میں واقع عفونت کا زبھری جاسکتی ہے۔ مثلاً کی دیوار کی دریدگیوں میں بعد میں اکثر مثانی مہیلی ناسور پیدا ہو جاتا ہے۔ لہذا اس حالت کا بیان مہیلی ناسور کے چند دیگر اقسام کے ساتھ یہاں کر دینا مناسب ہو گا۔

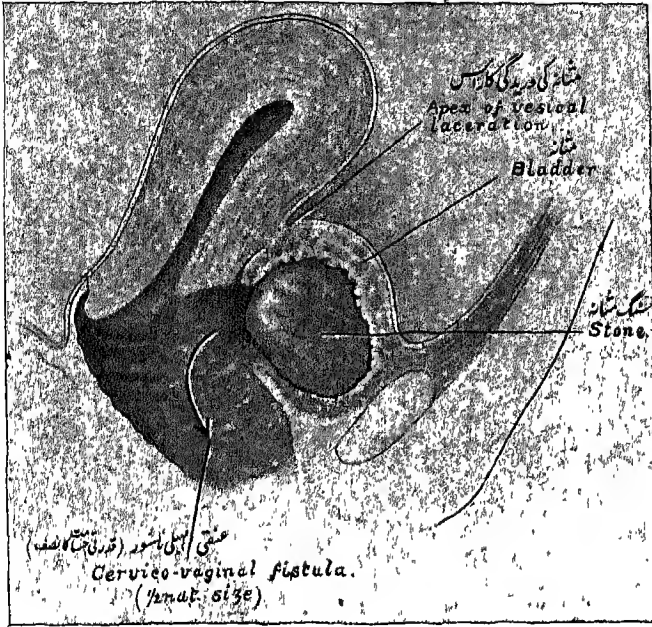
بولی مہیلی ناسور (Urinary Vaginal Fistulae)۔ ان کی عام ترین قسم وہ

ہے جس میں مثانہ اور مہیل میں بلا واسطہ ربط پیدا ہو جاتا ہے (مثانی مہیلی : vesico-vaginal)۔ وسیع تقررات میں عنق کا مقدم لب گاہے بنا ہوا جاتا ہے (دیکھو شکل ۲۲۸)؛ یا دریدگی اس قدر گہری ہو جاتی ہے کہ قنات عنق بھی مثانہ سے ربط پیدا کر لیتی ہے (مثانی عنقی : vesico-cervical)۔ حالب اور مہیل کے جانبی قبوہ میں بھی بلا واسطہ ربط پیدا ہو جاسکتا ہے (حالبی مہیلی : uretero-vaginal)۔ اس ضرر کا عام سبب حالب کا وہ تقرر ہے جو نادانستہ طور پر رحم برآری کے سے عملوں میں اسے پہنچ جاتا ہے یا اس اسیتھالی علیہ میں گرہ بندی سے واقع ہو جاتا ہے جو منقوط رحم کے لئے کیا جاتا ہے۔

مثانی مہیلی ناسور (Vesico-vaginal Fistulae) مہیل کے بالائی نصف

میں واقع ہوتے ہیں۔ ان میں انگشت شہادت کا سوراخ ہو سکتا ہے، اور اس سے یہ شاذ و نادری بڑے ہوتے ہیں۔ مگر استثنائی حالتوں میں اس سے تین گنی جسامت کے ناسور بھی دیکھے میں آئے ہیں، اور بخلاف اس کے یہ اتنے چھوٹے بھی ہوتے ہیں جتنا آلبین کا سوراخ جو ناسور صرف متوسط جسامت کے ہوتے ہیں ان کی شناخت مہیل کی مقدم دیوار کو مثانیوں کی مدد سے متکشف

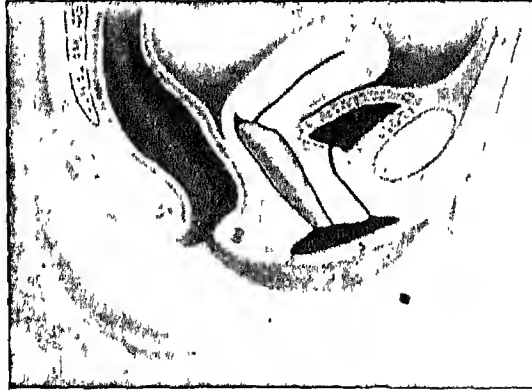
کرنے سے آسانی کی جاسکتی ہے (دیکھو شکل نمبر ۶۱، صفحہ ۹۱۷) مثانہ کی غشائے مخاطی میں اکثر مستطوب پیدا ہو جاتا ہے، اور یہ غشیا روزانہ ناسور کی کوروں کے اوپر سے مسلط ہوتی ہے، اور دیوار مہبل میں جو قحطہ ہوتا ہے اس کا حاشیہ ندبی بافت کے ایک گھنے سفید حلقہ سے بنا ہوتا ہے۔ اور پیشاب



شکل نمبر ۶۲۸: مثانہ کی غشائی ہیبلی ناسور (Vesico-Cervico-vaginal Fistula)۔ یہ ناسور ایک قبائلی قنصر اور مابعد اغشائے (sloughing) کا نتیجہ ہے۔ عقیق کے مقدمہ ایک ایک بہت بڑا حصہ تباہ ہو گیا ہے۔ مہبل کی مقدمہ دیوار میں جو روزانہ ہے اس میں تین انگلیاں داخل ہو سکتی تھیں۔ مزمن التهاب مثانہ کی وجہ سے ایک بڑا سنگ مثانہ بن گیا ہے۔

جو نہی حالبین سے مثانہ میں داخل ہوتا ہے اس فتح میں سے بعض اوقات قلیل المقدار متوقف۔ بیش بہاؤ کی شکل میں خارج ہوتا ہوا دکھائی دیتا ہے۔ نہایت چھوٹے چھوٹے ناسوروں کا معلوم کرنا بہت مشکل ہوتا ہے۔ انکی تلاش کرنے میں سلائی سے مدد مل جاتی ہے اور اگر ضرورت ہو تو

مثانہ کو متھو کرنے کے لئے کسی رنگین عقیقہ سیال کا استعمال کیا جاسکتا ہے، مثلاً مثانہ کو میٹھیلین لمبو کے محلول سے متھو دیا جاسکتا ہے اور یہ مہبل میں داخل ہوتا ہوا آب سانی نظر آئے گا۔ دیوار ہائے مہبل اور فرج میں ہمیشہ بہت سا التهابی تعامل دکھائی دیتا ہے۔ جو پیشاب کے بیش بہاؤ کی مسلسل خراش سے پیدا ہوتا ہے۔ یہ حالت بعض اوقات التهاب مثانہ اور تحلیل بول سے پیچیدہ ہو جاتی ہے، اور ان سے غشائے مخاطی اور جلد کا ایک وسیع انسحاج (excoriation) واقع ہو جاتا ہے، اور ناسور کی کوروں پر امونیا کے اطراح کے مطروحات جمع ہو جاتے ہیں۔ شاذ و نادر مثالوں میں بعض اوقات اتنے بڑے بڑے حصیات بن جاتے ہیں کہ ان سے تمام کفہ مثانہ پر ہو جاتا ہے۔ شکل ۲۲۸ میں



شکل ۲۲۹۔ حصات مہبل (Vaginal Calculus) جو نرسہ دفری خشاک وجہ سے قتال مہبل میں بول باقی کے جمع ہونے سے پیدا ہوا ہے۔ غشائے مذکور اپنے عجائی سرے پر نامکمل ہے۔

جو حصات دکھایا گیا ہے اس کا محیط ۵ انچ تھا۔
 مثانی مہبلی ناسور عنق یا مہبل کے سرطان کے مترقی ماراج میں دیوار مثانہ کے ہلا واسطہ ماؤف ہو جانے اور بالید کے تفرج کی وجہ سے بھی پیدا ہو جاتے ہیں۔
 حالبی ناسور (ureteral fistulae) مہبلی قبوؤں میں واقع ہوتے ہیں۔ ان کا روزن ہمیشہ چھوٹا سا ہوتا ہے، اور ان کا شناخت کرنا بعض اوقات مشکل ہوتا ہے۔ مثانہ کو

میتھیلین بلو کے محلول سے متہر کرنے سے حالیہ ناسور کو مثانی ناسور سے فیر کیا جاتا ہے۔ موزاں ذکر کی حالت میں رنگین سیال زیادہ مقدار میں مہیل میں نکل کر آتا ہے۔ مہیل اور فرج میں وہی مقامی تغیر است واقع ہوتے ہیں جن کا ذکر اوپر کیا گیا ہے۔

بولی ناسوروں سے اگرچہ سخت جسمانی بے آرامی اور دماغی تکلیف پیدا ہوتی ہے لیکن ان کے نتائج عمومی صحت کے لئے خطرناک نہیں ہوتے، اور جب تک کہ التهاب مثانہ پیدا نہ ہو جائے صعودی سرائت کا بظاہر بہت زیادہ خطرہ نہیں ہوتا۔ مثانہ کے ناسوروں کا تدارک ترقیعی عملیوں سے کیا جاسکتا ہے جن کا ذکر آئندہ کیا جائے گا (دیکھو صفحہ ۹۱۸)۔ حالیہ ناسوروں کے تدارک کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ حالب کا مثانہ میں شکی نقل (abdominal transplantation) کر دیا جائے، اور یا متناظر گردہ کو نکال دیا جائے۔ یہ معلوم کرنے کے لئے کہ کونسا حالب ماموت ہے پہلے مثانہ میں سے ایک محتاط امتحان کر لیا جاتا ہے۔ مقطوع حالب کے بعد ہی سرے اور مثانہ میں نفی قائم کرنا ایک مشکل عملیہ ہے جب تک کہ مقام قطع مثانہ کے قریب واقع نہ ہو، اور کوشش کے ناکام رہنے کا احتمال ہے۔

894

حصات مہیل (Calculus of the Vagina)۔ قتال مہیل میں گاہے گاہے بولی حصات پایا گیا ہے، اور یہ ایک پردہ کیے پیچھے پیشاب کے جمع ہونے سے پیدا ہوتا ہے جو شفرٹین صغیر کے قاعدوں کے متحد ہو جانے سے بچاتا ہے۔ کوفین (Kauffmann) نے ایک اصابہ کا اندراج کیا ہے جس میں یہ غشائے بطن سے لیکر عجان تک پھیلی ہوئی تھی اور منفذ بول، وہنہ مہیل، اور حوضہ زورقیہ کے سامنے واقع تھی۔ اس کی زیرین (عجانی) جسیبگی پر ایک روزن تھا، اور پیشاب کے خارج ہونے کے لئے صرف ہی ایک راستہ تھا۔ مہیل بول باقی کے مطروح ہونے کے لئے ایک پاکٹ بن گئی تھی جس میں انجام کار ایک حصات، ۹ گرام وزنی نکلیا تھا جو ثلاثی فاسفیٹوں سے مرکب تھا (دیکھو شکل ۲۲۹)۔

اس قسم کی محض غشائے نفی کا نتیجہ بھی ہو سکتی ہے اور بیشتر یہ سن طفولیت میں فرج کے تضریب یا التهاب سے پیدا ہوتی ہے۔

مستقیبی مہیلی ناسور (Recto-vaginal Fistulae)۔ مہیل اور قتال مہیز

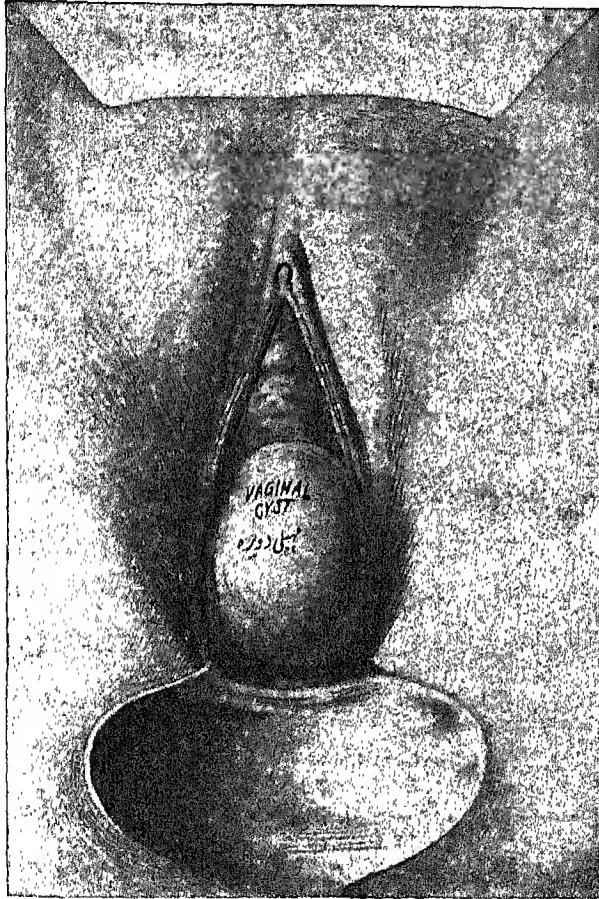
یا معائے مستقیم کے درمیان بعض اوقات تضری یا تقرح کے نتیجے کے طور پر ربط پیدا ہو جاتا ہے۔ ضری یا تقرح (traumatic fistula) کی عام ترین قسم عجان کی قبالتی وریدگی سے جس سے قتال مہر ز ماؤف ہو اس حالت میں پیدا ہوتی ہے جبکہ عمل اندمال کسی حد تک غیر مکمل رہ گیا ہو اور اس طرح ان دونوں گذرگاہوں کے درمیان ایک چھوٹا سا راستہ بن گیا ہو۔ زیادہ بڑے مستقیم مہیل ناسور ایسے بے لوج فرزجوں سے تقرح واقع ہونے سے پیدا ہوتے ہیں جو ٹھیک طور پر نہ میٹھتے ہوں یا مدت تک رکھے رہے ہوں اور ایسا خاص کر ”شلف“ (shelf) قسم کے فرزجہ سے ہوتا ہے۔ اس قسم کے ناسوری روابط کی جسامت معتد بہ ہوتی ہے اور یہ یا تو عام طور پر مہیل کے موخر قبوہ میں یا مہیل کی موخر دیوار کے بالائی انتہائی اور زیرین دو تہائی حصوں کے مقام اتصال پر واقع ہوتے ہیں۔ معائے مستقیم کا تدرنی اور آتشکی تقرح کا ہے گا ہے ایسے ناسورات پر منتج ہوتا ہے جن میں مہیل بھی شامل ہوتی ہے۔ عمن رحم مہیل یا معائے مستقیم کی مقدم دیوار کے خبیث مرض پر بھی یہی صادق آتا ہے۔ موخر الذکر ساخت کے خبیث مرض میں ریڈیم کے بجا استعمال سے ناسور جلد بن جاتا ہے۔

مہیل اور معائے مستقیم کے درمیان ربط واقع ہو جانے کے علامات عام طور پر بہت تکلیف دہ ہوتے ہیں۔ برازی مادہ اور رنج کے غیر اختیاری طور پر خارج ہونے کی شکایت کے علاوہ مسوی الاصل جراثیم کے مہیل میں موجود رہنے سے عام طور پر شدید درجہ کا التهاب مہیل پیدا ہو جاتا ہے جس سے مریضہ کی تکلیف میں مزید اضافہ ہو جاتا ہے۔ علاج۔ جب کبھی ممکن ہو جیسا کہ غیر خبیث اصابات میں ہوتا ہے ناسور کو ترقیعی عملیہ سے ضرور درست کر دینا چاہئے۔ اس کے لئے پہلے دونوں گذرگاہوں کے درمیان باقیہ فاصلہ کو مکمل طور پر کاٹ دیا جاتا ہے اور ہر ایک قتال کی فرداً فرداً ترمیم کر دی جاتی ہے۔ اس کے بعد عجان جسے کواڈر سرنو احتیاط سے تعمیر کیا جاتا ہے اور اس امر کا خاص خیال رکھا جاتا ہے کہ مہیل اور معائے مستقیم کے الگ الگ خطوط و خت کے درمیان بافت کا ایک دبیز تودہ حائل کر دیا جائے۔ جن ناسوروں کی درستی نہ ہو سکتی ہو، مثلاً خبیث تقرح کی حالت میں ان میں مریضہ کی تکلیف میں کسی قدر تخفیف کرنے کے لئے تو لون شنگانی (colotomy) پر غور کیا جاسکتا ہے۔

نوساخٹیں

(NEOPLASMS)

مہیلی دویرے (Vaginal Cysts)۔ دیوار مہیل کے پھوٹے پھوٹے دویرے سے



شکل ۲۲۔ مہیل کی مقدم دیوار کا دویرہ منظر سے منکشف کرتے پر دویرہ فرج سے بروز کر آیا ہے

تفیل الوقوع نہیں، مگر ان کی جسامت شاذ و نادر ہی معتد بہ ہوتی ہے۔ موثر دیوار کی نسبت

یہ مقدم اور بجائی دیواروں پر اکثر پائے جاتے ہیں۔ یہ مہیل میں ابھر آتے ہیں، اور ان کی غلافی بانٹ باریک اور نیم شفاف ہوتی ہے۔ گھاسے گا ہے یہ سعدانہ نما (polypoid) ہوتے ہیں۔ جب یہ مقدم دیوار میں واقع ہوتے ہیں تو ان کے ساتھ کبھی کبھی سقوط (قبیلہ ثنائیہ) بھی پایا جاتا ہے۔ اور یہ ایک واقعہ ہے کہ ان دونوں حالتوں میں آسانی سے مغالطہ ہو جاتا ہے، کیونکہ بعض اوقات دویرہ اتنا بڑا ہوتا ہے کہ فرج سے بروز کر آتا ہے (دیکھو شکل ۲۳۰)۔ علاوہ ازیں زیادہ بڑے دیرے حوض کی خلوی بافتوں میں گہرے گھس جاتے ہیں۔ ان کے مشمولات بالعموم رفیق اور بے رنگ ہوتے ہیں۔ لیکن کبھی کبھی متغیر خون کی وجہ سے ان میں خفیف سی رنگت بھی پائی جاتی ہے۔ زیادہ چھوٹے دویروں میں عام طور پر ستونی مرحلہ کی ایک مجردہ پائی جاتی ہے۔ اور کلاں زردیروں میں یہ بسا اوقات تمامہ یا تقریباً عائب ہو جاتی ہے۔ یہ تقریباً ہمیشہ یک خانہ دار ہوتے ہیں۔

خیال کیا جاتا ہے کہ اس قسم کے دیرے گیر نثر کی قنات کے ان حصوں سے پیدا ہوتے ہیں جو برقرار رہتے ہیں (دیکھو صفحہ 86)۔ دو موقعوں پر مہیل کی موخر دیوار کے بالائی حصہ پر ایسے دیرے ملتے ہیں جو دروں رحمی سلمی (endometriomatous) قسم کی بالیدوں سے جو مستقیم مہیلی فاصل میں پیدا ہوتی ہیں شروع ہوئے تھے۔ کثیر خاں دار دیرے غری سلعات (multilocular cyst-adenomata) بہت شاذ طور پر مہیل میں پائے جاتے ہیں، نیز گاہے گاہے ایسے چھوٹے چھوٹے دیرے بھی پائے جاتے ہیں جن کا استر درخلی ہوتا ہے، اور یہ بلاشبہ قسح عروق کلف سے پیدا ہوتے ہیں اگرچہ خلوی نلیوں کی طرح مہیل میں بھی طبعی طور پر کوئی غد نہیں پائے جاتے، لیکن التهاب کے زیر اثر سرخملہ کی قاعدی تہ سے خلیات ٹھوس زائدوں کی شکل میں نیچے کی طرف بڑھ جاتے ہیں جن سے آخر کار غری انیمیبات طیار ہو سکتے ہیں۔ ان کا ذب غد سے چھوٹے چھوٹے دیرے پیدا ہو جاتے ہیں جو اس قدر کثیر التعداد ہوتے ہیں کہ مہیل کی تمام سطح ان سے بڑی ہوئی دکھائی دیتی ہے۔ یہ حالت اس انتہائی درجہ کی شکل میں بہت ہی شاذ طور پر پائی جاتی ہے، اور بونی (Bonny) اور گلڈنگ (Glendinning) نے اسکو غری سلعبیت مہیل (adenomatosis vaginae) کے نام سے موسوم کیا ہے۔ یہ دیرے عموماً قلیل تعداد میں یا منفرد مثالوں میں پائے جاتے ہیں، اور بالعموم مہیل کے بالائی ثلث میں دیکھنے میں آتے ہیں، اور ان کے ساتھ عموماً رحم کا التهاب عام طور پر پایا جاتا ہے۔

علامات اور علاج۔ مہیلی ویروں سے صرف میکائی الاصل علامات پیدا ہوتے ہیں، بعض اوقات یہ فرج سے بروز کر آتے ہیں جس سے بے آرامی یا حرقی درد (bearing-down pain) پیدا ہو جاتا ہے، اور یا جماعت میں وقت بیشش آتی ہے۔ ان کا اندازہ کجراحی طور پر جزوی یا مکمل اخراج سے کیا جاتا ہے۔

مہیل کے لیفی عضلی سلعات (Vaginal Fibromyomata) ویروں کی نسبت بہت قلیل الوقوع ہیں۔ ساخت اور منظر میں یہ رحم کے لیفیوں (fibroids) کے مشابہ ہوتے ہیں، لیکن ان میں عضلہ کی مقدار نسبتہ کم ہوتی ہے۔ یہ شنا ذونا درہی کرکٹ کے گیند کے برابر بڑے ہوتے ہیں، اور بیشتر ساقی دار ہوتے ہیں، اور موثر دیوار کی نسبت مقدم دیوار میں بہت زیادہ کثرت سے دیکھنے میں آتے ہیں، اور رحم کے لیفیوں کے خلاف یہ بالعموم تنہا ہوتے ہیں۔ ان سے صرف میکائی الاصل علامات ہی پیدا ہوتے ہیں، اور ان کو بذریعہ انکشاف (enucleation) دور کیا جاسکتا ہے۔

مہیل کے حلیمی سلعات (Vaginal Papilloma)۔ سٹرکین (Strachan) نے ایسے سلیم سعدانوں (polypi) کا اندراج کیا ہے جن کی ساخت حلیمی سلعات کی تھی، اور جو شیرخوار بچوں کی مہیل میں پائے گئے۔ جن دواصابات کا اس نے ذکر کیا ہے ان میں سے ہر ایک میں سعدانہ مہیل کی مقدم دیوار سے مبال سے نصف انچ اوپر پیدا ہوا تھا، اور فرج میں بروز کرتا تھا۔ التہابی اصل کے مہیلی حلیمی سلعات فرج پر کے ”زہراوی نشوں“ (venereal warts) کے ہمراہ اکثر پائے جاتے ہیں۔

سلوی سرطانات (سلوی سر حلیمی سلعہ : Chorionepithelioma)۔

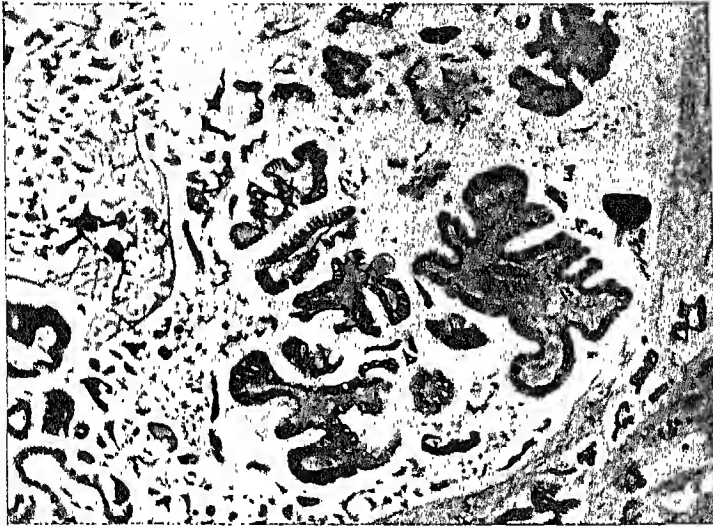
یہ نادر الوقوع مرض مہیل میں ابتدائی طور پر واقع ہو سکتا ہے، لیکن عام طور پر یہ رحم کی کسی متناظر البید سے ثانوی طور پر پیدا ہوتا ہے۔ برکلے (Berkeley) نے مہیل کے ابتدائی سلوی سرطان کے ایک اصابہ کا اندراج کیا ہے، اور ہم نے بھی ایک اصابہ کا مشاہدہ کیا ہے جس میں البید کے دور کرنے کے بعد مرض نے چند سال تک عود نہیں کیا۔ یہ سلعہ اغوانی

کہ بیچہ کا سا معلوم ہوتا ہے اور عقیقت یافتہ ورید کے مشابہ ہوتا ہے۔ جب یہ ثانوی طور پر پیدا ہوتا ہے تو ایک سے زائد سروحات موجود ہوتے ہیں۔ یہ بالیدیں انتہا درجہ کی کثیر العروق ہوتی ہیں اور چھوٹے پران سے خون بکثرت بہنا شروع ہو جاتا ہے۔ یہ معلوم ہو چکا ہے کہ ابتدائی سرطانی سرطان از خود غائب ہو جاتا ہے۔

مہیل کا سرطانی سلعہ (Carcinoma of the Vagina)۔ مہیل میں سرطان ابتدائی یا ثانوی بالید کی شکل میں پایا جاتا ہے۔

ابتدائی سرطان نادر الوقوع ہے اور یہ بالعموم معورتوں میں پایا جاتا ہے اگرچہ چند اصابت میں پچیس اور تیس سال کی عمر کے درمیان بھی دیکھنے میں آیا ہے۔ یہ مغفول فریب سے پیدا شدہ ویرینہ خراش کے بعد بھی پیدا ہوا ہے اور گاہے گاہے دیوار ہائے مہیل کے سقوط کو بھی پیچیدہ کر دیتا ہے (دیکھو شکل ۲۳۳)۔ کثیر التعداد مثالوں میں یہ مرض مہیل کی موخر دیوار میں تضلع کے ایک گول واضح الحدود رقبہ کی شکل میں ظاہر ہوتا ہے۔ یہ تمام سمتوں میں بڑھتا جاتا ہے اور اس کی سطح کا میلان تفرج کی طرف ہوتا ہے۔ مرض کے کئی ایک قطعات دیکھنے میں آتے ہیں جو بظاہر منفرد معلوم ہوتے ہیں۔ یہ تحت سرطانی عروق لمف میں خبیث خلیات کے نفوذ کرنے کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ یہ بالید بعض اوقات قتال مہیل کے گرد پائی جاتی ہے اور اس سے ایک حلقہ مناضیق پیدا ہو جاتا ہے اور نزدیکی خلوی بافت اوائل مرض ہی میں در رخیستہ ہو جاتی ہے۔ جب مہیل کا زیرین ثلث ماؤف ہوتا ہے تو غدود کے سطحی اربی (superficial inguinal) سلسلہ کا فوقانی گروہ در رخیستہ ہو سکتا ہے۔ مہیل کے بقیہ حصہ کے عروق لمف زیادہ تر داخلی حرقفی (internal iliac) غدود کے تحتانی گروہ میں داخل ہوتے ہیں، لیکن سب سے اوپر کے حصہ کے چند عروق عنق کے عروق لمف مل جاتے ہیں اور حرقفی غدود کے فوقانی گروہ میں داخل ہوتے ہیں (دیکھو صفحہ ۶۷)۔ سرطان مہیل کے متاخر مدارج میں مستیقی ناسور اکثر پیدا ہو جاتا ہے اور مثانی ناسور بھی بن سکتا ہے لیکن یہ بہت نادر الوقوع ہے۔ نسجیاتی نقطہ نظر سے اس بالید کے مناظر عام طور پر فلسفانی خلیہ دار سرطانی سلعہ (squamous-celled carcinoma) کے معمولی مناظر کے سے ہونے میں (دیکھو شکل ۲۳۴)۔

جی۔ سٹرکیٹن (G. Strachan) نے حال ہی میں مہبل کے ابتدائی غذی سرطانی سلعہ (primary adeno-carcinoma) کے دو اصابات کا ذکر کیا ہے۔ ان میں مرض دو عورتوں میں نمودار ہوا تھا جن کی عمر فرڈ آچون اور چالیس سال کی تھی۔ اس نے اس محل میں غذی سرطانی سلعہ کے نو کو آن غامی (aberrant) یا دیگر مقامی (heterotopic) عنقی غد کے ساتھ منسوب کیا ہے جو مہبل میں گاہے گاہے موجود ہوتے ہیں۔ بونی اور گلنڈنگ نے ۱۹۱۷ء میں

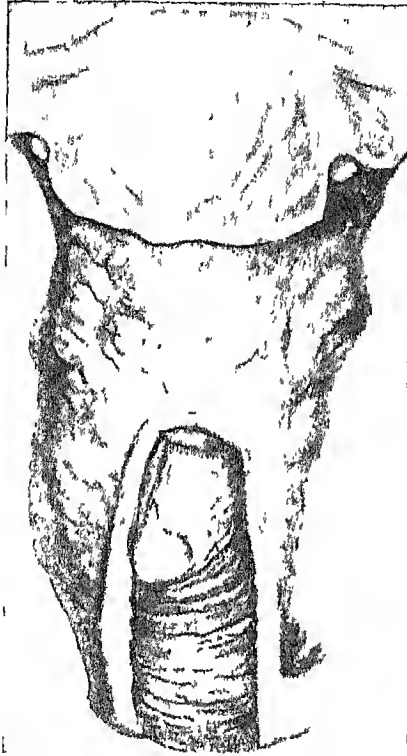


شکل ۲۳۱۔ مہبل کا ابتدائی غذی سرطانی سلعہ (Primary Adeno-carcinoma) - (گیلبرٹ آئی سٹرکیٹن: Gilbert I. Strachan)

مہبل کی منتشر غذی سلیعیت (diffuse adenomatosis) کی ایک نادر الوقوع حالت کا ذکر کیا تھا اور ہالٹین (Haultain) نے ۱۹۱۱ء میں غذی سلیعیت کے اسی قسم کے ایک اصابہ کا بیان شائع کیا تھا جس میں پندرہ سال کے اختتام پر غذی سرطانی سلعہ میں تبدیل ہونے کے امارات ظاہر ہو گئے تھے۔

مثانوی سرطان اس سے زیادہ کثرت سے پایا جاتا ہے، اور یہ بعض اوقات سرطانِ عنق یا سرطانِ معائے مستقیم کی توسیع سے پیدا ہوتا ہے۔ ہم نے مہل کے اسی قسم کے سرخی غدی مکہ (metastatic adeno-carcinoma) کے دو امصابات کا مشاہدہ کیا ہے جو مہیض کی

398



شکل ۲۳۲۔ مہل کا ابتدائی فلسفانی غلیبہ دار سرطان (Primary Squamous-celled Cancer)۔ اس شکل میں ایک رحم اور مہل دکھائے گئے ہیں جو شکی عجانی غلیبہ سے غلیبہ کئے گئے تھے۔ مہل کی مقدم دیوار پر نوخیز دیوار کی بالید کو متکشف کرنے کے لئے شکاف دیا گیا ہے۔ (جامعہ برمنگھم کے ایک نمونہ سے۔)

ابتدائی بالید سے ثانوی طور پر پیدا ہوئے تھے، اور یہ ایک تعجب نیز امر ہے کہ یہ بالید وہ ہتھوں میں پیدا ہوئی تھی۔ ایک اور مثال کا اندراج بھی کیا جا چکا ہے جس میں مرض فلوپی نلی کے سرطان

ثانوی طور پر پیدا ہوا تھا، اور ڈورن (Doran) نے مہیل کے ایک نصیبت فوق کلوی سلعہ (malignant hypernephroma) کے ایک اصابہ کا اندراج کیا ہے جو گردہ کی بالیدہ ثانوی طور پر پیدا ہوا تھا۔

اس سرطان کے علامات سرطان عنق کے علامات سے تیز نہیں کئے جاسکتے۔ (دیکھو صفحہ 533)؛ مگر مقدار نرغہ قلیل ہوتی ہے، اور اصبی امتحان سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ مہیل میل بالیدہ ہے، اور عنق بالیدہ کی بالائی حد سے زیادہ اونچے پول پر اور بالکل غیر متاثر ہوتی ہے۔ گردہ مہیلی خلوی بافتوں کے ماؤف ہونے کی وجہ سے مہیل کی تثبیت اوائل مرض ہی میں واقع ہو جاتی ہے۔

علاج۔ ابتدائی مدارج میں سالم مہیل اور رحم کو ایک ہی تودہ کی شکل میں نکال کر دور کیا جاسکتا ہے۔ یہ استیصال یا تو نیچے سے کیا جاتا ہے اور یا متحد شکلی عجائی عملیہ سے انجام دیا جاتا ہے جیسا کہ معائے مستقیم کے سرطان کی حالت میں کیا جاتا ہے (دیکھو شکل ۲۳۲)۔ اگر طوی بہت ماؤف ہو چکی ہو تو یہ شدید عملیہ ناقابل عمل ہوتا ہے۔ سین حال میں مہیل کے سرعلی سلعہ کا علاج ریڈیم سے یا ریڈیم اور عمیق الاشعاعی معالجہ سے کامیابی سے کیا جاسکتا ہے۔ جہاں تک عمود مرض کا تعلق ہے انداز بالعموم ناموافق تصور کیا جاتا ہے۔

سلعہ لمحیہ (Sarcoma)۔ مہیل کا سلعہ لمحیہ نہایت نادر الوقوع ہے، اور یہ سرطان سے بھی زیادہ قلیل الوقوع ہے۔

بچوں میں ویسا ہی آبلہ نما (vesicular) یا ”انگور نما“ (”grape-like“) سلعہ لمحیہ پایا جاتا ہے جیسا کہ عنق میں دیکھیں آتا ہے (”عنفودی سلعہ لمحیہ“: Sarcoma botryoides)۔

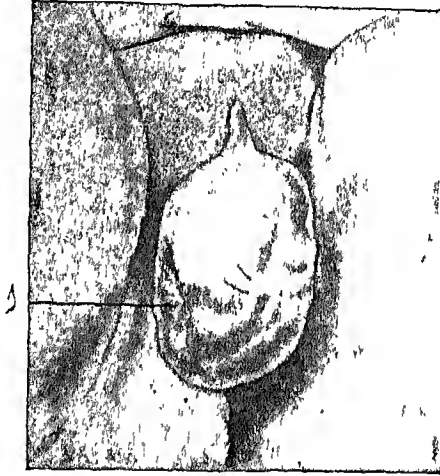
اصابات کی زیادہ تر تعداد ایک سال سے یکتر تین سال تک کے بچوں میں دیکھنے میں آتی ہے۔ آبلہ نما تودوں سے مہیل پر ہو جاتی ہے، اور بعض اوقات یہ فرج پر بروز کر آتے ہیں۔

بالغ عورتوں میں مہیل کا سلعہ لمحیہ سن بلوغ سے لیکر انتہائی پیرانہ سالی تک کسی وقت بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ یہ محسوس یا انتشاری کوئی ایک شکل اختیار کر لیتا ہے۔ مؤثر الذکر شکل میں بالیدہ تمام قتال کے گرد چھیل جاتی ہے، اور درونہ میں معتدبہ تنگی پیدا ہو جاتی ہے۔

جیلٹ (Jellette) نے ۱۹۰۶ء میں مہیل کے ابتدائی سلعہ لمحیہ کے اتمالیس صابا کے معطیات جمع کئے۔ ان میں سے اکثر میں بالیدہ مہیل کی مقدم دیوار پر واقع تھی۔ تودہ جیلٹ کے اصابہ میں یہ دہنہ مہیل کے گرد اگر دھیل چکی تھی۔ اکثر بالیدہ تودہ کی خلیات سے مرکب تھیں،

اور ان میں سے چھ غالباً درحلی سلعات (endotheliomata) تھے۔
 مذکورہ بالا اصابات کا مطالعہ کرنے سے یہ ظاہر ہوتا تھا کہ مہبل کے سلعہ لحمیہ
 کا انداز خطرناک ہے۔ لیکن چھ اصابات میں جن میں جلیٹ کا اصابہ بھی شامل ہے مرض نے
 کئی ایک سال تک عود نہیں کیا۔
 درحلی سلعہ (Endothelioma)۔ ابتدائی درحلی سلعہ مہبل میں واقع ہوتا ہے

399



شکل ۲۳۳۔ مہبل کا سرحلی سلعہ (Epithelioma)
 جس سے رحم کا مکمل سقوط پیچیدہ ہو گیا تھا۔
 یہ سلعہ ۶۲ سال کی ایک مریضہ میں دیکھا گیا تھا۔
 (وائٹ ہوس)۔

مگر اپنے مبہم نسبیاتی خصائص کی وجہ سے یہ بعض اوقات سلعہ لحمیہ اور بعض اوقات
 سرطان تشخیص کر لیا جاتا ہے۔ جلیٹ نے ۱۹۰۷ء میں ایک اصابہ کا اندراج کیا تھا
 جس میں بالیدہ مقدم قیوہ میں کثیر التعداد مرتفع رقبہ جات کی شکل میں ظاہر ہوئی تھی۔
 ان رقبہ جات میں تقرح شروع ہو گیا تھا اور چھوٹے پرانے خون بہتا تھا۔ سریری نقطہ نظر سے

یہ ایک دروغی سرطان کے امکانی توسیعات تصور کیے جاتے تھے۔ نسیمیاتی نقطہ نظر سے تنس عروق لطف کا منظر جن کے گرد متکاثر درجہ کے نو دے موجود تھے نکون غده کے مشابہ دکھائی دیتا ہے۔



شکل ۲۳۲۔ مہیبل کا ابتدائی غلیہ دار سرطان (Primary Squamous-celled Cancer)

سلسلہ لعجہ اور درجہ علمی سلسلہ اپنے علامات اور عمومی خصائص کے لحاظ سے سرطان کے مشابہ ہیں۔ نسیمیاتی امتحان پر وہی منظر دکھائی دیتا ہے جو ان کا جسم کے دیگر حصوں میں ہوتا ہے۔ صرف اس علاج کے مفید ثابت ہونے کا امکان ہے کہ تمام مہیبل کا رحم کے ساتھ آزادانہ استعمال کر دیا جائے ریڈیئم کا استعمال کیا جائے اور کوئلہ ڈی سیسہ کے مرکبات کی بھی آزمائش کی جائے۔ (ریڈیئم سے علاج کرنے کی تفصیلات کیلئے دیکھو صفحات 541 تا 550)۔

صحت نامہ

صفحہ	سطر	غلط	صحیح
۱۰	۱۹	بیاض سطحی (comartment)	بیاض سطحی (comartment)
۴۳	۱۳	ذراتی (cell)	ذراتی (cell)
۶۷	۱۹	غشائی لیوینی (cell)	غشائی لیوینی (cell)
۶۸	۸	ساخوں (cell)	ساخوں (cell)
۱۱۰	۱	داخل (cell)	داخل (cell)
۱۱۱	۷	چھٹے دن (cell)	چھٹے دن (cell)
۱۳۰	۸	چھٹے دن (cell)	چھٹے دن (cell)
۱۵۰	۱۲	چھٹے دن (cell)	چھٹے دن (cell)
۱۵۸	۲۵	چھٹے دن (cell)	چھٹے دن (cell)
۲۰۱	۸	چھٹے دن (cell)	چھٹے دن (cell)
۲۰۱	۲۰	چھٹے دن (cell)	چھٹے دن (cell)
۲۰۱	۲۱	چھٹے دن (cell)	چھٹے دن (cell)

صفحہ	سطر	غلط	صحیح
۲۰۳	۴	نیبو تھی	نیبو تھ
۲۶۱	۱۹	قطرہ -	قطرہ (کیلیا یا ارگٹ کے ساتھ ارگو اپیال کی شکل میں -
۲۷۹	۱۳	(metropathica	(metropathia
۲۸۰	۱	"	"
۲۹۱	۲۲	دو درجی	درجی
۳۰۶	۲	W. G. I.	W. C. I.
۳۱۶	۵	تغیر تغیرات	تغیرات
۳۲۰	۲۰	فرجہ	فرجہ
۴۲۲	۲۵	تنظیمی دروں رچی التهاب	تنظیمی التهاب الرحم
۴۷۸	۲	دائمی درد حیض	دائمی درد حیض
۴۸۱	۲۳	سوزاک کی عفونت الدم	سوزاک بنقی عفونت الدم
۴۸۳	۲۵	(seudo-	(pseudo
۴۸۳	۲۳	سوزاک جدرین	سوزاک بنقی جدرین
۵۱۱	۵	انبشاری	انتشاری
۵۳۱	۹	مشل	مشکل
۵۸۴	۳	بیاض سطحیتی التهاب فرج	بیاضی سطحیتی التهاب فرج

صحت نامه

صفحه	سطر	غلط	صحیح
۳	۷	غزل	نخل
۴	۳۳	بیاض	بیاضی
۹	۲۲	الهاب	التهاب
۱۹	۱۴	نشوهات	تشوهات
۲۴	۱	بسلسه	بسلسله
۲۴	۳۱	ممین	ممین
۴۶	۳۸	Pervi-oophoritis	Peri-oophoritis
۲۷	۱۴	vagi	vagi-

امراض النساء جلد اول	اشارہ	۴۱
التهاب فرج ' قلاعی ' ۵۷۷	Vulvitis, aphthous,	
مزمن ' ۵۷۹	chronic,	
ذیابیطسی ' ۵۸۷	diabetic,	
سرخیادی ' ۵۷۷	erysipelalous,	
گنگرینی ' ۵۷۸	gangrenous,	
سوزاکی ' ۴۶۵ - ۵۷۶	gonorrhœal,	
بیاضی سطحیتی ' ۵۸۱	leucoplakic,	
کا سرطان فرج سے تعلق ' ۵۸۳	relationship to carcinoma of vulva,	
غشائی ' ۵۷۶	membranous,	
حکاکی ' ۵۸۸	pruriginosa,	
آتشکی ' ۵۷۶	syphilitic,	
فرجی مہجلی التهاب پیوں کا ' ۴۶۶ - ۶۴۱	Vulvo-vaginitis of children,	
مسے ' زہراوی ' ۴۶۶ - ۴۶۹ - ۴۷۱	Warts, venereal,	
سفید خط مہین کا ' ۵۳	White line of ovary,	
حوضی ردا کا ' ۳۱	of pelvic fascia,	
ولفی جسم ' ۱۱۳	Wolffian body,	
قناتیں ' ۱۱۶ - ۱۲۳ - ۱۲۴	ducts,	
طمث تمویضی یا طمث بدیلی ' ۳۷۳	Xenomenia or vicarious menstruation,	
شفای منطافہ ' ۶۳	Zona pellucida,	
زندک ایشہائیم کا تعامل ' ۱۵۰	Zondek-Aschheim reaction,	

فرج - سلسلہ سابق	Vulva—continued
کا امتحان ، ۲۰۱	examination of,
کا لٹنی سلعہ ، ۶۰۸	fibroma of,
کے شقاق ، ۵۹۳	fissures of,
کے جرابی قرعے ، ۵۹۳	follicular ulcers of,
کی دمیلت ، ۵۴۹	furunculosis of,
کا دموی سلعہ ، ۵۹۴	hematoma of,
کا قملہ ، ۵۴۸	herpes of,
کی بیش پرورش اور بیش تکونی حالتیں ، ۶۰۳	hypertrophic and hyperplastic conditions of,
کی تسمیٹ ، ۵۴۹	intertrigo of,
کی پڑمردگی ، ۵۸۴	kraurosis of,
کی دریدگی ، ۵۹۶	laceration of,
کی بیاضی سطحیت ، ۵۴۹	leucoplakia of,
کا شخصی سلعہ ، ۶۰۹	lipoma of,
کے عروق لف ، ۱۰۵	lymphatics of,
کے تشوہات ، ۳۲۵	malformations of,
کی خبیث بالیدیں ، ۶۱۰	malignant growths of,
کا ملانی سلعہ ، ۶۱۸	melanoma of,
کا مخاطی سلعہ ، ۶۱۰	myxoma of,
کی نوساختیں ، ۶۰۸	neoplasms of,
کا تمہج ، ۶۰۱	edema of,
کے حلیبی سلعات ، ۶۰۹	papillomata of,
کی فرد قرنیت ، ۵۸۸ - ۵۹۰	parakeratosis of,
کی خراش (حکۃ الفرج) ، ۵۸۸	pruritus of,
کا قرعہ قارشہ ، ۶۱۵ - ۶۱۶	rodent ulcer of,
کا سلعہ لمبیہ ، ۶۲۲	sarcoma of,
کے دھنی اور مخاطی دورے ، ۶۱۰	sebaceous and mucous cysts of,
کی سطحی مسدودیت ، ۲۳۸	superficial closure of,
کے اورام ، ۶۰۱	swellings of,
کے مسخوطی سلمی دورے ، ۶۱۰	teratomatous cysts of,
کے ضربی ضررات ، ۵۹۴	traumatic lesions of,
کے پرورشی قرعے ، ۵۹۳	trophic ulcers of,
کا تدرن ، ۵۰۴	tuberculosis of,
کے تدرنی قرعے ، ۵۹۴	tuberculous ulcers of,
کا تقرح ، ۵۹۲	ulceration of,
کے عفونی قرعے ، ۴۳۰ - ۵۹۲	ulcers of, septic,
کا دوالی قیلہ ، ۶۰۲	varicocele of,
کا زہراوی مرض ، ۵۰۶	venereal disease of,
فرج کی مزمن سرانئون کا علاج ، ۴۸۴	Vulval infections, chronic, treatment of,

التهاب مزمن - بسلسلہ سابق	Vaginitis chronic—continued
کا علاج ، ۶۴۵	treatment of,
کے سبب کی تشخیص ، ۶۴۴	diagnosis of cause of,
نفاخی ، ۶۴۲	emphysematous,
جراثیمی یا ذراتی ، ۶۴۲	follicular or granular,
سوزاکی کا علاج ، ۴۸۶	gonorrhoeal, treatment of,
غشائی یا قلاعی ، ۶۴۲	membranous or aphthous,
نازوی ، ۶۴۱	secondary,
شیخوخی یا نوزی ، ۶۴۳	senile or hæmorrhagic,
عفونی ، ۶۴۲	septic,
شعری ثعلابی ، ۵۳۷	trichomonad,
پروشی ، ۶۴۳	trophic,
دوالی قیلہ فرج کا ، ۶۰۲	Varicocele of vulva,
عرق حرکی اختلالات کے باعث درد حیض ، ۳۰۳	Vaso-motor disturbances, causing menstrual pain,
علامات ، انقطاع الطمث میں ، ۱۷۸	symptoms in menopause,
زہراوی مرض ، فرج کا ، ۵۷۶	Venereal disease of vulva,
میسے ، ۴۶۶ - ۴۶۹ - ۴۷۱	warts,
مثنائی شکن ، مستعرض ، ۸	Vesical fold, transverse,
جیبی ، جانبی ، ۹	pouches, lateral,
مثنائی تھنقی ناسور ، ۶۴۷	Vesico-cervical fistula,
مثنائی مہبلی ناسور ، ۶۴۷	Vesico-vaginal fistula,
دھلیز ، ۱۳۸	Vestibule,
طمث بدیلی ، ۲۷۳	Vicarious menstruation,
فرسکو کا نود رحمہ ، ۱۶	Virehow, parametrium of,
باسکرہ عورتوں کا امتحان ، ۲۰۱	Virgins, examination of,
منتاش ، ۲۱۶	Vulsella,
فرج کا غدی سرطان ، ۶۱۵	Vulva, adeno-carcinoma of,
کا غدی سلعہ ، ۶۰۹	adenoma of,
کی بے انتہائی ، ۲۳۶ - ۲۳۷	atresia of,
کے سلیم سلعات ، ۶۰۸	benign tumours of,
کے سرطان کا بیاضی سطحیتی التهاب فرج سے	carcinoma of, relationship of leucoplakie
تعلق ، ۵۸۳	vulvitis to,
کا فطاحی سلعہ ، ۴۹۴ - ۶۰۴	condylomata of,
کے امراض ، ۵۷۵	diseases of,
کا ایکریما ، ۵۷۹	eczema of,
کا دا = الفیل ، ۶۰۶	elephantiasis of,
کا درون رحمی سلعہ ، ۶۰۹	endometrioma of,
کا درحلمی سلعہ ، ۶۱۸	endothelioma of,
کا سرحلمی سلعہ ، ۶۱۰	epithelioma of,
کا جلد خور ، ۶۰۴	esthiomene of,

مہبل — بسلسلہ سابق	Vagina—continued
کی نباتات ، بالغ میں ، ۴۰۰	flora of, in adult,
بیچہ میں ، ۴۰۶	in child,
کا سوزاک ، ۴۰۹	gonorrhoea of,
کا التهاب ، ۶۴۰	inflammation of,
کی دریدگیوں ، ۶۴۷	lacerations of,
کے عروق لف ، ۱۰۱ تا ۱۰۵	lymphatics of,
کے تشوہات ، ۲۳۵	malformations of,
کی خبیث بالیدیں ، انکی تشخیص اور علاج ، ۶۵۶	malignant growths of, diagnosis and treatment of,
کے کثیر خانہ دار دویری غدی سلعات ، ۶۵۳	multilocular cystadenoma of,
کی نو ساختیں ، ۶۵۲	neoplasms of,
کا حلیمی سلمہ ، ۶۵۴	papilloma of,
کا سلمہ لحمیہ ، ۶۵۸	sarcoma of,
کے افرازات ، غیر طبعی ، ۴۰۸	secretions of, abnormal,
میں جراثیم کش طاقت ، ۴۱۰	germicide power of,
طبعی ، ۴۰۷	normal,
کی عفونی سرایت ، ۴۲۱	septic infection of,
کے ضریقی تضدرات ، ۶۴۶	traumatic lesions of,
کا تدرن ، ۵۰۶	tuberculosis of,
کا تآرج ، ۶۴۶	ulceration of,
مہبل بے انتہائی ، ختی ، احتباس سیال حیض کا باعث ، ۳۶۳	Vaginal atresia, congenital, causing retention of menstrual fluid,
عصبہ ، ۴۰۶	bacillus,
بصلے ، ۱۰۱	bulbs,
قنال کے زیرین حصہ کے نقائص نمو ، ۳۴۰	canal, lower end of, defects of development of,
موسع ، ۳۱۹ — ۳۲۱	dilator,
خبیث بالیدوں کی تشخیص اور علاج ، ۶۵۶	growths, malignant; diagnosis and treatment of,
۶۵۸	
کی نوزواناتی سرایتیں ، ۵۲۸ — ۵۳۶	infections, protozoal,
دبوار کا اشتعال ، ۶۴۶	wall, perforation of,
شنج المہبل ، ۳۱۵ — ۳۱۷	Vaginismus,
کا علاج ، ۳۱۷	treatment of,
التهاب مہبل ، ۶۴۰	Vaginitis,
حاد ، ۶۴۱	acute,
کے سریری اقسام ، ۶۴۲	clinical varieties of,
کا علاج ، ۶۴۱	treatment of,
کے اسباب ، ۶۴۰	causation of,
مزمن ، ۶۴۳	chronic,

رحم — بسلسلہ سابق	Uterus—continued.
رضیمی، ۲۵۷ - ۲۵۸	infantile,
جنین میں، ۴۳	in fetus,
کی تنگ نالی، ۲۵	isthmus of,
کے عروق لیمف، ۴۱ - ۱۰۲ - ۱۰۳	lymphatics of,
کے تشوہات، ۲۲۵	malformations of,
سے حیضی سبیکے، ۲۹۲	menstrual casts from,
کا عضلی نظام، ۳۶ - ۳۹	musculature of,
کے اعصاب، ۴۱	nerves of,
کا فم خارجی، ۲۶	os externum of,
کا باریطون، ۴۱	peritoneum of,
بلوغی، ۲۳۶	pubescens,
کے تملانات، ۳۵	relations of,
ناقص البدن، ۲۲۶ - ۲۵۸	rudimentary,
منقسم، ۲۳۵	septate,
کی عفونی سرائت، ۴۲۲	septic infection of,
منقسم، ۲۳۱ - ۲۳۵	septus,
صغیر الحسامت نجدہ، ۲۲۸	small-flexed,
کی ساخت، ۲۹	structure of,
کی تحت الحاد سرائت اور استئراجیل کے	sub-acute infection of, and retained pro-
عجوس حاصلات، ۴۲۲	ducts of conception,
کا زیر التفانی، ۴۳۴	sub-involution of,
گندیدہ گئی خون میں، ۴۲۵	in sapremia,
نیم منقسم، ۲۳۱ - ۲۳۲	subseptus,
یک قرنی، ۲۳۳	unicornis,
مہبل کا غدی سرطان سلیم، ابتدائی، ۶۵۶	Vagina, adeno-carcinoma of, primary,
کی شریانی، ۱۰۰	arteries of,
کی بے انتقابی، ۲۳۶	atresia of,
کا حصات، ۶۵۰	calculus of,
کا سرطان سلیم، ۶۵۵	carcinoma of,
کا سلوی سرطان، ۶۵۴	chorionic carcinoma of,
کے دویر سے، ۶۵۲	cysts of,
کے امراض، ۶۴۰	diseases of,
کا تضاعف، ۲۳۵	duplication of,
کا در حلی سلیم، ۶۵۹	endothelioma of,
کا امتحان، ۳۰۱	examination of,
دو دستی، ۳۰۴	bimanual,
کے لئے وضع، ۳۰۲	position for,
کا لینی عضلی سلیم، ۶۵۴	fibromyoma of,

درجہ ثانی جیب، ۷	Utero-vesical pouch,
رحم کا عدم وجود اور اسکی ناقص انسوجنات،	Uterus, absence and rudimentary condition of,
۲۲۶	
مستزاد، ۲۲۵	accessory,
کی تشریح، ۲۵	anatomy of,
کی شریانیں، ۹۹	arteries of,
کی حالت، زندگی کے مختلف حصوں میں،	at different periods of life,
۴۳	
کی جسدید گیاں، ۴۲	attachments of,
دو قرنی، کے مستزاد قرن میں، ۳۸۳ -	bicornis, accessory horn of, pregnancy in,
۳۸۴	
دو عنقی، ۳۳۰	bicollis,
کے عروق خون، ۶۱	blood vessels of,
کا جسم، کے امتحان کرنے کے طریقے،	body of, examination of, methods,
۲۰۶ تا ۲۰۴	
کا سوزا، ۴۵۵	ganorrhoea of,
کا تدرن، ۵۰۹	tuberculosis of,
کا عنقی مہجلی تمام اتصال، ۴۲	cervico-vaginal insertion of,
کی عنقی یا گردن، ۲۵	cervix or neck,
میں تغیرات، سن بلوغ پر، ۴۳	changes in, at puberty,
انقطاع الطمث پر، ۲۵ - ۱۸۲	at menopause,
دوران حیض میں، ۱۷۳	during menstruation,
”حارونہ نما“، ۲۲۸ - ۲۵۸	“cachilente,”
کے ساتھ قلت طمث، ۲۷۲	oligomenorrhoea associated with,
کے ساتھ درد حیض کا تعلق، ۲۹۰	relation to menstrual pain,
کے انقباضات سے درد حیض، ۲۸۹	contractions of, causing menstrual pain,
کے قرون یا زوئے، ۲۵	cornua or angles of,
کا جسم، ۲۵	corpus or body,
کا ردیائی تعامل، ایوبی عمل میں، ۳۵۶	decidual reaction of, in tubal pregnancy,
کے نموی نقائص اور ابتدائی بے طہشیت،	developmental defects of, and primary amenorrhoea,
۲۵۸	
مضاعف، ۲۲۹	didelphys,
کا تضاعف، ۲۲۹	duplication of,
کے سریری خواص، ۲۳۴	clinical features of,
کی پختہ دار بافت، ۴۰	elastic tissue of,
کا ساف کرنا، سرائت میں، ۴۲۷	evacuation of, in infection,
چینی یا رضیمی، ۲۲۶	foetalis or infantilis,
کے افعال، ۱۵۲	functions of,
کا قعر، ۴۵	fundus of,
کا ابتدائی کیسیبی مرض، ۵۳۲	hydatid disease of, primary,

مبیل - بسلسلہ سابق	Urethra—continued
کا نمبر، ۱۲۸	development of,
کے امراض، ۶۳۰	diseases of,
کا عطفہ، ۶۳۹	diverticulum of,
کا التهاب، ۶۳۰	inflammation of,
کی غشائے مخاطی کا سقوط، ۶۳۷	mucous membrane of, prolapse of,
کی نوسائٹیں، ۶۳۳	neoplasms of,
مبیل کا حصا، ۶۳۶	Urethral calculus,
کا لحمیہ، ۶۳۱	caruncle,
پے ساقچہ، ۶۳۸	sessile,
التهاب مبیل، مزمن، ۶۳۰	Urethritis, chronic,
سوزاکی، ۴۶۸ - ۴۸۰	gonorrhœal,
کا علاج، ۴۸۷ - ۴۸۹	treatment of,
سوزاکی، ۴۶۷	gonorrhœal,
تحت الحاد کا علاج، ۴۸۶	subacute, treatment of,
قلیہ مبیل، ۶۳۹	Urethrocele,
بولی اور تناسلی خطوں کا اتحاد، ۱۲۰	Urinary and genital tracts, fusion of,
نظام کا امتحان، ۲۱۹	system, examination of,
خطہ کی سرانٹیں، ۵۴۰	tract, infections of,
کے خرد عضویات، ۴۱۱	micro-organisms of,
مہبلی ناسور، ۶۴۷	vaginal fistulæ,
بول میں تدرنی عصیہ، ۴۱۲	Urine, bacillus tuberculosus in,
بولی تناسلی شکن، ۱۱۶	Urogenital fold,
غشا، ۱۲۷	membrane,
بولی مستقیمی فاصل، ۱۲۱	Urorectal septum,
رسمی زوائد کا امتحان، ۲۰۷	Uterine appendages, examination of,
غدد، فعل حیض کے مختلف درجوں میں، ۱۵۷	glands at various stages of menstruation,
سرانٹیں، حاد، اور حوضی التهاب	infections, acute, pelvic peritonitis and,
باریطون، ۴۴۰	treatment of,
کا علاج، ۴۲۶	insufficiency and menorrhagia,
عدم کفایت اور کثرت طمث، ۳۸۰	sepsis, danger of curetting in,
عفونت میں عمل جری کا خطرہ، ۴۲۹	sound,
مجسہ، ۲۱۳	risks attending use of,
کے استعمال میں خطرات، ۲۱۴ - ۲۱۵	
۴۱۸	
رسمی عجزی دباطات کی تشریح، ۱۳	Utero-sacral ligaments, anatomy of,
رسمی انبوی نفوخ، ۳۳۸	Utero-tubal insufflation,
رسمی مہبلی ضغیرہ، ۱۰۷	Utero-vaginal plexus,
رسمی مثانی دباطات، ۸	Utero-vesical ligaments,

عصیہ تدرن - بسلسلہ سابق	Tubercle bacillus—continued
کی تشخیص، ۵۰۰ - ۵۰۲	diagnosis of,
کے لئے لمبائی کاشفات، ۵۰۲	physiological tests for,
تدرن، بارٹھولینی غدہ کا، ۶۲۷	Tuberculosis of Bartholin's gland,
رحم کے جسم کا، ۵۰۹	of body of uterus,
عنق کا، ۵۰۷	of cervix,
فلوپی ٹیوں کا، ۵۱۲	of Fallopian tubes,
تذاسلی اعضا کا، ۵۰۰	of generative organs,
عمودی سرائٹ، مخاطی سطحوں کے راستہ سے، ۵۰۳	ascending infection via mucous surfaces,
نرولی سرائٹ، ۵۰۳	descending infection,
تقسیم اور انذار، ۵۰۳	distribution and prognosis,
کی بحث اسباب، ۵۰۲	etiology of,
کا تواتر، ۵۰۲	frequency of,
عمومی امراضیات، ۵۰۰	general pathology,
سرائٹ جوئے خون اور جوئے لفا کے راستہ سے، ۵۰۴	infection via blood and lymph streams,
سرائٹ کے طریقے، ۵۰۲	methods of infection,
پھیپھڑوں کا اور ابتدائی بے طمئیت، ۲۶۵	of lungs and primary amenorrhoea,
مہیض کا، ۵۱۱	of ovaries,
باریطون کا، ۵۱۹	of peritoneum,
مہبل کا، ۵۰۶	of vagina,
فرج کا، ۵۰۴	of vulva,
تدرنی التهاب انبویہ، ۵۱۲	Tuberculous salpingitis,
قرحے فرج کے، ۵۱۲	ulcers of vulva,
انبوی شکمی حمل، ۳۷۵ - ۳۸۰	Tubo-abdominal gestation,
انبوی مہیضی خراج، ۴۴۲	Tubo-ovarian abscess,
انبوی رحمی تنصیب، عقم کے علاج میں، ۳۳۲	Tubo-uterine implantation in treatment of sterility,
پردہ امیض مہیض کا، ۵۱ - ۵۲	Tunica albuginea of ovary,
لینی، گرافی جراب کا، ۶۱	fibrosa of Graafian follicle,
عرق، گرافی جراب کا، ۶۱	vasculosa of Graafian follicle,
تقرح مہبل کا، ۶۴۶	Ulceration of vagina,
فرج کا، ۵۹۲	of vulva,
قرحے، عفونی، فرج کے، ۵۹۲	Ulcers, septic, of vulva,
نفاسی، فرج کے، ۴۳۰	puerperal, of vulva,
حابی ناسور، ۶۴۹	Ureteral fistula,
حابی مہبل ناسور، ۶۴۷	Uretero-vaginal fistula,
مہبل کا سرطان، ۶۳۳ - ۶۳۵	Urethra, carcinoma of,
بظری، ۴۴۸	clitoridian,

آتشک - (بمسلسلہ سابق	Syphilis—continued.
کا محل ۴۹۳	site of,
کا علاج ۴۹۷	treatment of,
شریطہ قنفذیہ ۵۲۸	Tania echinococcus,
کے رؤس الشریطہ ۵۲۹ - ۵۳۰	scolices of,
تپش، عفونت الدم میں، ۴۳۵	Temperature in septicæmia,
کزاز، اعضائے تناسل کا ۴۱۳	Tetanus of genitalia,
غلاف خارجی، گرافی جراب کا ۶۱	Theca externa of Graafian follicle,
داخلی، گرافی جراب کا ۶۱	interna of Graafian follicle,
غلافی لیوٹینی خلیے، ۶۶	Theca-lutein cells,
”تھی لین“، ۱۴۳ - ۲۷۰	“Theelin,”
سوتی کیڑے (چرنے) ۵۳۵	Thread-worms,
علقی وریدی التهاب، عفونی ۴۳۵	Thrombo-phlebitis, septic,
”تھائی لوکین“، ۱۴۳	“Thylokenine,”
درفی غدہ پر حمل کا اثر ۱۸۶	Thyroid gland, effect of pregnancy on,
باقوں کا امتحان ۲۱۷	Tissues, examination of,
زبان کا حلیمی سلعہ ۴۹۴	Tongue, papilloma of,
تسمم الدم ۴۱۲ - ۴۱۶	Toxæmia,
غیر نفاسی ۴۱۷	non-puerperal,
کے اسباب ۴۱۸	causes of,
نفاسی ۴۱۶	puerperal,
مستمرض مثانی شکن ۸	Transverse vesical fold,
دیدان مثقبہ، تناسلی خطہ کے ۵۲۷ - ۵۲۸	Trematode worms of genital tract,
شعوی پیچ سالکیہ ۴۹۰ - ۴۹۱	Treponema pallidum,
شعری تعالیم مہیلی ۵۲۸ - ۵۳۶	Trichomonas vaginalis,
التهاب مہیل میں ۶۴۴	in vaginitis,
مثلث، مثانہ کا ۱۲۸	Trigone of bladder,
پرورشی قرچے، فرج کے ۵۹۳	Trophic ulcers of vulva,
انبوی اسقاط ۳۶۸ - ۳۹۰	Tubal abortion,
پیوندکاری، عقم کے علاج میں ۴۳۲	grafting, in treatment of sterility,
و- ۴۵۳، ۳۶۱ - ۳۶۲ - ۳۶۳ - ۴۹۳	mole,
سے حاصل شدہ سلوی نملات ۳۶۲ - ۳۶۷	chorionic villi from,
کی تشخیص ۳۹۳	diagnosis of,
حمل ۳۵۱	pregnancy,
نیز دیکھو حمل کے تحت	See also under Pregnancy.
نروہ، حوضی التهاب بار بطون کا سبب ۴۳۸ - ۴۴۰	Tubercle as cause of pelvic peritonitis,
سبب تدرن ۵۰۰ - ۵۰۱	bacillus,

عقم ، ۳۲۲	Sterility,
مطلق اور اضافی ، ۳۲۳	absolute and relative,
میں مصنوعی امنا ، ۳۲۳	artificial insemination in,
کے اسباب ، ۳۲۳	causes of,
مساعد عمومی حالتیں ، ۳۲۴	general conditions favouring,
کے مقامی اسباب ، ۳۲۵ - ۳۲۶	local causes of,
مبلیضی کا علاج ، ۳۳۳	ovarian, treatment of,
کا تعلق سوزاک سے ، ۴۷۸ - ۴۸۱	relation of gonorrhœa to,
کا علاج ، ۳۲۶	treatment of,
تعمیم جراحی طریقہ سے ، ۳۳۷	Sterilization by surgical technique,
مردد بچوں کی پیدائش کا خاص سبب ، آتشک ، ۴۹۷	Still-born child, syphilis chief cause of,
ضیق البول ، ۵۴۵	Strangury,
طبقہ بستہ ، ریڑھ کا ، ۱۶۲	Stratum compactum of decidua,
اسفنجی ، ریڑھ کا ، ۱۶۲	spongiosum of decidua,
نبقہ سبجیہ ، خون پاش یاریم زا ، ۴۱۴	Streptococcus, hæmolyticus or pyogenes,
بچہ کی مہبل میں ، ۴۰۶	in vagina of child,
نبقہ سبجیہ قصیر ، دیم بولیت میں ، ۴۱۲	Streptococcus brevis in pyuria,
دیم زا حوضی خلوی التهاب میں ، ۴۴۸	pyogenes in pelvic cellulitis,
سبجی شمریہ کی سرائیں ، ۵۲۲	Streptothrix infections,
کی تقسیم ، ۵۲۲	distribution of,
ہیکل ، جسمی دروں کا ، ۳۴	Stroma, of corporeal endometrium,
یا رخنہ کی بافت جسمی دروں کا ، ۳۲	or interstitial tissue of corporeal endometrium,
زیر التفات رحم کا ، ۴۳۴	Sub-involution of uterus,
سکندیدگی خون میں ، ۴۳۵	in sapræmia,
فوق مہبل علق ، ۲۶	Supra-vaginal cervix,
مشارکی عصبی رسد حوضی اعضا کی ، ۱۰۵	Sympathetic nervous supply of pelvic organs,
مشارکی عصبی نظام اور رسی نرف ، ۲۷۸	Sympathetic nervous system and menorrhagia,
آتشک ، ۴۹۰	Syphilis,
اور ازدواج ، ۴۹۹	and marriage,
اور حمل ، ۴۹۶	and pregnancy,
میں کالیس کا قانون مناعت ، ۴۹۲	Colles' law of immunity in,
استقراری ، ۴۹۱	conceptional,
کی تشخیص ، ۴۹۵	diagnosis of,
میں ابتدائی ضرر ، ۴۹۲	initial lesion in,
کا تعلق اسقاط سے ، ۴۹۶	in relation to abortion,
مردہ ولادت ، ۴۹۷	still-birth,
نسوانی ، سرایت کا طریقہ ، ۴۹۵	in women, method of infection,
نانوی درجہ ، ۴۹۴	secondary stage,

التهاب انبویہ - بسلسلہ سابق	Salpingitis—continued
کاذب جرابی، ۵۱۳	pseudo-follicularis,
تقیحی، ۴۴۳	suppurative,
تدرنی، ۵۱۲	tuberculous,
دیکھو نیز فالوپائی ٹی	See also Fallopian tube.
انبویہ تفویہ عقم کے علاج میں، ۳۳۲	Salpingostomy, in treatment of sterility,
گندبدگی خون، ۴۱۳ - ۴۱۶	Sapraemia,
کے علامات اور اس کی سریری روئداد،	symptoms and clinical history of,
۴۲۳ - ۴۲۵	treatment of,
کا علاج، ۴۲۶	Saprophytic bacteria,
گندخور جراثیم، ۴۱۳	Sarcoma botryoides,
سلمہ لحمیہ، عتقودی، ۶۵۸	of vagina,
مہبل کا، ۶۵۸	of vulva,
فرج کا، ۶۲۲	Septic infection of vagina,
عفونی سرائت مہبل کی، ۴۲۱	of vulva,
فرج کی، ۴۲۰	thrombo-phlebitis,
عاقی وریدی التهاب، ۴۳۵	ulcers of vulva,
قرصے، فرج کے، ۵۹۲	Septicæmia,
عفونت الدم، ۴۱۹ - ۴۳۵	gonococcal,
سوزاک نبقی، ۳۶۲ - ۴۸۱	symptoms of,
کے علامات، ۴۲۵	treatment of,
کا علاج، ۴۲۶	Sex cycle, mammalian,
صنی دور، پستانوں کا، ۱۳۲	menstruation in relation to,
سے عمل خبیث کا تعلق، ۱۶۴	Sexual anaesthesia and frigidity,
صنی عدم حسیت اور رووت، ۴۱۴	season, mammalian,
تناسلی موسم، پستانوں میں، ۱۳۳	Sigmoiditis,
التهاب سیعی، ۵۶۵	Sims' position,
سمس کی وضع، ۲۰۲	vaginal speculum,
کا مہبل منظار، ۲۱۰	Sinus urogenitalis, development of,
برلی تناسلی جوف کا نمو، ۱۲۰ - ۱۲۱	Smegma bacillus,
لجی عصیہ، ۴۱۰	Sound, uterine,
محسہ ری، ۲۱۳	passage of, dangers of,
کے گزارنے کے خطرات، ۴۱۸	See also under Uterine Sound.
نیز دیکھو نعت رحمی محسہ	Speculum, vaginal, Ferguson's,
منظار مہبل، فرگنسن کا، ۲۰۸	Sims',
سمس کا، ۲۱۰	Spironema pallidum,
شجوفی پیچ خیطیہ، ۴۹۰	"Stalagmite bladder,"
"نعتی محسہ دار زمانہ"، ۵۴۲	Staphylococcus pyogenes in vagina of child,
وہمزا نباتات عنابیہ بجہ، مہبل میں، ۴۰۶	

التهاب حوض گردہ - پسلسلہ ساق	Pyelitis—continued
حمل اور نفاس کے زمانے کا ، ۵۵۳	of pregnancy and the puerperium,
کی امراضیات ، ۵۵۲	pathology of,
کے علامات ، ۵۵۲	symptoms of,
حوض کلیوی التهاب ، ۵۵۱	Pyelonephritis,
کی تفریقی تشخیص اور انذار ، ۵۵۳	differential diagnosis and prognosis of,
کا علاج ، ۵۵۵	treatment of,
ریم زائیم ، ۴۱۳	Pyogenic bacteria,
تقیح الرحم ، ۵۰۸	Pyometra,
انبوی اجتماع ریم ، دو جانبی تدرنی ، ۵۱۴	Pyosalpinx, tuberculous, double,
ریم بولیت میں خرد عضوی ، ۴۱۱	Pyuria, micro-organisms in,
شماع نگاری امتحان میں ، ۲۱۹	Radiography in examination,
چوہا اکائی کاشفہ ، مبیضی ہارمون کی طاقت	Rat unit test of potency of ovarian hormone,
کا ، ۱۴۳	
مستقیم امتحان ، ۴۰۸	Rectal examination,
مستقیم شکمی امتحان ، ۴۰۸	Recto-abdominal examination,
مستقیم تناسلی فضا کا درون رحمی سلمہ ، ۵۱۱	Recto-genital space, endometrioma of,
مستقیم مہبل ناسور ، ۶۵۰	Recto-vaginal fistula,
مستقیم مہبل شکمی امتحان ، ۴۰۸	Recto-vagino-abdominal examination,
مماے مستقیم کا سوزاک ، ۴۷۹	Rectum, gonorrhea of,
کلی یا حالبی غنچہ ، ۱۲۳	Renal or ureteral bud,
یا حالبی ارتفاع ، ۱۲۲	or ureteric prominence,
مبیضی شبکہ ، ۵۴ - ۵۵	Reto ovarii,
شبکی احبال ، ۱۱۳	Reticular cords,
پس رحمی قبیلہ دمویہ ، ۳۷۰	Retro-uterine hematocoele,
رو ، ۱ ، ۱۵۰	Rho 1,
رو ، ۲ ، ۱۵۰	Rho 11,
قرحہ قارضہ فرج کا ، ۶۱۵ - ۶۱۶	Rodent ulcer of vulva,
روزملر کا عضو ، ۱۱۲	Rosemuller, organ of,
مستدیر رباطات ، ۴۲	Round ligaments,
انشقاق ، انبوی ، خود رو ، ۳۷۱	Rupture, tubal, spontaneous,
عجری غدد ، ۱۰۵	Sacral glands,
التهاب الأنبوبہ اور عقم ، ۳۲۸	Salpingitis and sterility,
سوزاکی ، ۴۷۷	gonorrhoeal,
مکرر الوقوع انبوی حمل کا سبب ، ۳۵۴	cause of repeated tubal pregnancy,
رخنکی ، ۵۱۳	interstitial,
کربچی ، ۵۱۳ - ۵۱۵	nodular,
اور حوضی التهاب بار بطون ، ۴۳۸	pelvic peritonitis and,

بدل حمل، پستانوں میں، کے خصائص، ۱۳۵	Progestation, mammalian, characteristics of,
”پروجیسٹین“ کا فعل، ۱۳۵-۱۳۶	”Progestin,” function of,
”پروگائینان“، ۲۴۰	”Progynon,”
”پرولین الف“ اور ”پرولین ب“ کے افعال، ۱۳۹	”Prolan A” and ”Prolan B”, functions of,
سقوط، مبال کی غشائے مخاطی کا، ۶۳۷	Prolapse of urethral mucous membrane,
پیش گردہ، ۱۱۱-۱۱۶	Pronephros,
پیش شقی زمانے کے خصائص، ۱۳۳	Pro-oestrus, period of, characteristics of,
نخزروانی مہیجی سرائیں، ۵۲۸-۵۳۶	Protozoal vaginal infections,
حکۃ الفرج، ۵۸۸	Pruritus vulvae,
کے اسباب، ۵۸۹	causes of,
ذیابیطسی التهاب فرج میں، ۵۸۷	in diabetic vulvitis,
کا علاج، ۵۹۰	treatment of,
وہم حمل، ۱۸۱	Pseudocyesis,
کاذب خنثیت، ۲۴۸-۲۴۵	Pseudo-hermaphroditism,
کاذب حیض، ۲۴۳	Pseudo-menstruation,
کاذب حمل پستانوں میں، کے خصائص، ۱۳۵	Pseudo-pregnancy, mammalian, characteristics of,
نفسی علامات، انقطاع الطمث میں، ۱۸۱	Psychical symptoms in menopause,
بلوغ کی عمر، ۱۷۵	Puberty, age of,
بار کے تغیرات، ۱۷۵	changes at,
آجل، کے باعث ابتدائی لم طمثیت، ۲۶۳	delayed, causing primary amenorrhœa,
پر حیض کی بے قاعدگیاں، ۱۷۶	irregularities of menstruation at,
پر احتیاط کی ضرورت، ۱۷۴-۱۷۵	need for care at,
کے طبعی حدود، ۱۷۱	normal limits of,
پر رحم، ۴۳	uterus at,
عانی عنقی عضلہ، ۱۸-۲۲	Pubo-cervicalis muscle,
عانی عصمی عضلہ، ۲۱	Pubo-coccygeus muscle,
حیاتی شریانیں، داخلی، ۱۰۱	Pudic arteries, internal,
نفاسی سرانت کے علامات اور اس کی سریری	Puerperal infection, symptoms and clinical
دوئداد، ۴۲۳	history of,
کا علاج، ۴۲۶	treatment of,
عفونت، حوضی التهاب باریطون کا سبب،	sepsis as cause of pelvic peritonitis,
۴۳۸	
تسمم الدم، ۴۱۶	toxæmia,
نفاس کے زمانہ کا التهاب حوض گردہ، ۵۵۴	Puerperium, pyelitis of,
رفتار نبض، عفونت الدم میں، ۴۲۵	Pulse-rate in septicæmia,
تقیح الدم، ۴۳۵	Pyæmia,
کا سبب اسقاط، ۴۳۵	abortion as cause of,
کے علامات اور علاج، ۴۲۶-۴۳۷	symptoms and treatment of,
التهاب حوض گردہ، ۵۵۱	Pyelitis,
کی تشخیص، ۵۵۴	diagnosis of,

حمل — بسلسلہ سابق
 بے محل اور حمل متعدد ، ۳۸۱
 میں غدہ نفاثیہ کا اثر ، ۱۸۶
 بروں باریطونی ، مقدم و موخر ، ۳۷۸
 خارج الرحم کا علاج ، ۳۹۹
 دوقرنی رحم کے مستزاد قرن میں ، ۳۸۳ تا ۳۸۵
 خلاف قاعدہ غلات میں ، ۳۵۶
 درون رباطی ، ۳۷۶-۳۷۸
 درون باریطونی ، ۳۷۷
 متعدد اور بے محل حمل ، ۳۸۱
 ملیضی ، ۳۳۸
 باریطونی ، ابتدائی ، ۳۲۶
 کے زمانہ کا التهاب حوض گردہ ، ۵۵۴
 کاذب ، ۱۸۱
 اور آشک ، ۴۹۶
 سے غدہ درقہ کا تعلق ، ۱۸۶
 انبوی ، اسقاط مع انبوی اجتماع الدم ، ۳۵۷
 کی تشریح ، ۳۵۶
 دوجانبی کی تشخیص ، ۳۸۲
 کے سریری خصائص ، ۳۸۵
 داخلی نرے کے وقوع کے بعد ، ۳۸۸
 داخلی نرے کے وقوع سے قبل ، ۳۸۶
 سے ریڑنی سایکھ ، ۳۵۶-۳۸۹
 کی تفریقی تشخیص ، ۳۷۷
 کی بحث اسباب ، ۳۵۹ تا ۳۵۵
 کا بروں باریطونی انشقاق ، ۳۷۴
 میں جلی تاجہ ، ۳۵۷
 میں نرے ، ۳۸۹
 نلی کا درون رباطی انشقاق ، ۳۷۴-۳۷۵
 نلی کا درون باریطونی انشقاق ، ۳۷۳
 چار سے پانچ ہفتہ تک کا ، ۳۶۳
 میں نرے انبوی قیلہ دمویہ ، ۳۷۲-۳۹۵
 میں گردہ انبوی قیلہ دمویہ ، ۳۶۶-۳۹۵
 اسباب معدہ ، ۳۵۶
 کا خود رو انشقاق ، ۳۷۱
 حاملہ نلی میں ، ۳۵۵-۳۵۹
 کے اختتامات ، ۳۶۱
 کا علاج ، ۳۸۲
 انبوی شکم ، ۳۷۵-۳۸۰
 قبل از حیض حالت ، حیض کی ، ۱۵۵
 ابتدائی جراثیم ملیض کے ، ۱۱۷

Pregnancy—continued
 ectopic, multiple pregnancy and,
 effect of pituitary gland in,
 extra-peritoneal, anterior and posterior,
 extra-uterine, treatment of,
 in accessory horn of uterus bicornis,
 in anomalous situations,
 intra-ligamentary,
 intra-peritoneal,
 multiple, and ectopic gestation,
 ovarian,
 peritoneal, primary,
 pyelitis of,
 spurious,
 syphilis and,
 thyroid gland in relation to,
 tubal, abortion with haematosalpinx,
 anatomy of,
 bilateral, diagnosis of,
 clinical features of,
 after onset of internal haemorrhage,
 before onset of internal haemorrhage,
 decidua cast from,
 differential diagnosis of,
 etiology of,
 extra-peritoneal rupture of,
 gestation sac in,
 haemorrhage in,
 intra-ligamentary rupture of tube,
 intra-peritoneal rupture of tube,
 of four to five weeks' duration,
 paratubal haematocoele in,
 peritubal haematocoele in,
 predisposing factors,
 rupture of, spontaneous,
 showing gravid tube,
 terminations of,
 treatment of,
 tubo-abdominal,
 Premenstrual phase of menstruation,
 Primordial follicles of ovary,

باریطونی کھفہ ، حوضی ، کی جراحی تشریح ،	Peritoneal cavity, pelvic, surgical anatomy of,
۱۹	sac,
تاچہ ، ۲۶	Peritoneum, gonorrhoea of,
باریطون ، کا سوزاک ، ۴۷۸	of uterus,
رحم کا ، ۴۱	pelvic, anatomy of,
حوضی ، کی تشریح ، ۵	tuberculosis of,
کا تدرن ، ۵۱۹	prognosis and treatment,
انذار اور علاج ، ۵۲۱	symptoms and signs,
علامات اور امارات ، ۵۲۰	varieties of,
کے اقسام ، ۵۱۹	Peritubal hamatocoele,
گرد انہوی قیلہ دمویہ ، ۳۶۹ - ۳۷۰ - ۳۹۵	Perivitelline space,
گرد زردینی فضا ، ۶۳	Pessaries, for use as contraceptives,
فرازج کا استعمال بطور مامعات جل ، ۳۴۰	vaginal, mediated, in treatment of vaginitis,
مہبلی ، دوا زدہ ، التهاب مہبلی کے علاج میں ، ۶۴۵	Phantom enlargement of abdomen,
وہمی کلانی شکم کی ، ۱۸۲	“Pin-hole” os,
فم ”سوزنی“ ، ۲۲۷	Pituitary gland, anterior lobe of, hormones produced by, ovarian function dependent on,
نخامی غدہ ، کے مقدمہ ملتہ سے پیدا شدہ	effect of pregnancy on,
ہارمونوں کا تابع ، مہبلی کا فعل ، ۱۴۷ - ۱۴۸	fossa, in relation to menstrual headache,
پروجل کا اثر ، ۱۸۶	Playfair's probe,
حفرہ کا تعلق حیضی درد سے ، ۱۸۰	Plica inguino-mesonephrica,
پلسے فیئر کی سلائی ، ۲۱۵	mesonephrica diaphragmatica,
ثنیہ ابری میان گردی ، ۱۲۸	Polyoestrus type of animals, artificial development of, from monoestrus type,
میان گردی ڈایا فرامی ، ۱۱ - ۱۱۲ - ۱۲۸	ovulation in,
حیوانات کی کشیدہ شقی قسم کا مصنوعی نمو	sexual cycle of,
یک شقی قسم سے ، ۱۳۹	Portio vaginalis,
میں تبویض ، ۱۳۹	Post-menstrual phase of menstruation,
کا صنفی دور ، ۱۳۷	Pouch of Douglas,
حصہ مہبلی ، ۲۶ - ۱۲۰	anatomy of,
بعد از حیض حالت ، حیض کی ، ۱۵۸	Pouches, vesical, lateral,
جیب ڈسکس کی ، ۳	Præphyson, hormone of anterior lobe pituitary,
کی تشریح ، ۷ تا ۱۰	Pregnancy, abdominal, secondary,
جلیبی ، مثانی ، جانی ، ۹	secondary abdominal, diagnosis of,
پری فائی سن ، نخامیہ کے جانی ملتہ کا	treatment of,
ہارمون ، ۱۴۹	adrenals in relation to,
جل ، شکمی ، ناوی ، ۳۷۶	
ناوی شکمی ، کی تشخیص ، ۳۹۷	
کا علاج ، ۴۰۱	
سے برگردوں کا تعلق ، ۱۸۷	

حوضی فرش۔ بسلسلہ سابق	Pelvic floor—continued
ساختمین جن سے یہ بنا ہے ، ۲۱	structures comprising,
قبیلہ دموبہ ، ۳۹۰ - ۳۹۵ - ۴۴۰	hamatocoele,
عضلات ، ۲۱	muscles,
اعضا کی سرائتیں ، ۴۰۶	organs, infections of,
کی تعصیب ، ۱۰۵	innervation of,
درد دائمی ، سوزاک کی وجہ سے ، ۴۷	pain, persistent, due to gonorrhoea,
باریطونی کسٹہ کی جراحی تشریح ، ۱۹	peritoneal cavity, surgical anatomy of,
باریطون کی تشریح ، ۵	peritoneum, anatomy of,
التهاب باریطون ، ۴۳۷	peritonitis,
اور حاد رحمی سرائتیں ، ۴۴۰	acute uterine infections and,
اور التهاب زائیدہ ، ۴۳۸ - ۴۴۱	appendicitis and,
کی تشخیص اور انداز ، ۴۴۴	diagnosis and prognosis of,
اور سوزاک ، ۴۳۸	gonorrhoea and,
نوبالیدیں بطور سبب کے ، ۴۳۹	new growths as cause of,
کی امراضیات ، ۴۴۱	pathology of,
کے متوالی حملوں کا علاج ، ۴۴۵	recurrent attacks of, treatment of,
اور التهاب انبویہ ، ۴۳۸	salpingitis and,
کے علامات ، ۴۴۳	symptoms of,
کا علاج ، ۴۴۴	treatment of,
اور درنہ ، ۴۳۸ - ۴۴۰	tubercle and,
شلف ، ۱۹	shelf,
سببہ شعری سرائت ، ۵۲۶	streptothrix infection,
اشاء کا مرض کیسیہ ، ۵۲۸	viscera, hydatid disease of,
حوض کے عروق خون ، ۹۷	Pelvis, blood-vessels of,
کے عروق لاف ، ۱۰۱	lymphatics of,
میں مرض کیسیہ کے علامات کی تقسیم ، ۵۳۱	topical distribution of hydatid disease in,
ترع امنجان میں ، ۳۰۰	Percussion in examination,
گرد رحمی خراج ، ۴۴۲	Perimetrie abscess,
گرد رحمی التهاب ، ۴۳۷	Perimetritis,
مصلی ، دویہ بند ، ۴۴۱	serous, encysted,
گرد کلیوی خراج ، ۵۵۳	Perinephric abscess,
عجان کے امراض ، ۵۷۵	Perineum, diseases of,
کا قفق ، ۵۹۸	hernia of,
کی دریدگی ، ۵۹۶	laceration of,
کے ضربتی ضررات ، ۵۹۴	traumatic lesions of,
کے سلعات ، ۶۲۲	tumours of,
گرد مباحشی التهاب ، ۴۳۹	Pervi-oophoritis,
گرد انبوی التهاب ، ۴۳۸ - ۵۱۲	Petisalpingitis,

ترویض - بسلسلہ سابق	Ovulation—continued
کا زمانہ حیضی دور میں، بندر میں، ۱۴۱	in the monkey, period in menstrual cycle.
کا عمل، ۶۰	process of,
بیضہ کی خارجی سیر، ۳۵۳	Ovum, external wandering of,
بارور، کی فلوی نی میں تنصیب، ۳۵۲	fertilized, implantation of, in Fallopian tube,
کا فلوی نی میں رہنا، ۳۵۲	lodgement of, in Fallopian tube,
دودالخل، ۵۳۵	Oxyuris vermicularis,
درد حیض، ۲۸۳	Pain, during menstruation,
کے مبادی، ۲۸۹	sources of,
کی تحقیقات، مریضہ کے امتحان میں، ۱۹۳	investigation of, in examination of patient,
میلحی، ۱۹۲	ovarian,
جس، امتحان میں، ۱۹۷	Palpation in examination,
سلك نما خفیہ، ۱۰۰	Pampiniform plexus,
حلیسی سلمہ زبان کا، ۴۹۴	Papilloma of tongue,
مہبل کا، ۶۵۴	of vagina,
فرج کا، ۶۰۹	of vulva,
نزد قرنیت فرج کی، ۵۸۸ - ۵۹۰	Parakeratosis of vulva,
نزد لیوئی خلیات جسم اصفر کے، ۶۸	Para-lutein cells of corpus luteum,
نزد رسی التهاب، ۴۴۴ - ۴۴۵	Parametritis,
مزمن ذبولی، ۴۵۹	chronica atrophicans,
موخو کروی، ۴۵۹	nodosa posterior,
بعید، ۴۵۰ - ۴۵۳ - ۴۵۶	remote,
نزد رسی، ۱۶	Parametrium,
نزد مستقیم حفرات، ۱۰	Pararectal fossae,
نزد انبوی قیلہ دمویہ، ۳۷۲	Paratubal hæmatocoele,
نزد مثانی حفرات، ۶	Para-vesical fossae,
جانبی میلحی، ۱۱۳	Paroophoron,
جارالمبیض، ۱۱۲ - ۱۱۳ - ۱۱۷	Parovarium,
مریضہ کا امتحان، ۱۸۹	Patient, examination of,
حوضی خراج، خلوی التهابی، ۴۵۳	Pelvic abscess, cellulitic,
کھفہ کی ٹنسر، ۳	cavity, anatomy of,
کے خانے، ۸	compartments of,
خلوی بافت، ۱۶	cellular tissue,
خلوی التهاب، ۴۴۰ - ۴۴۶	cellulitis,
ڈایا فرام، ۲۰ - ۲۱	diaphragm,
دروں رسی، ۴۴۱	endometriosis,
ردا کا سفید خط، ۲۱	fascia, white line of,
فرشی، ۲۰ - ۲۱	floor,

مبیض اور مبیضین - بسلسلہ سابق	Ovary and Ovaries—continued.
کا نمو ، ۱۱۳	development of,
کے نقائص نمو اور ابتدائی بے طہیثیت ، ۲۵۷	developmental defect of, and primary amenorrhœa,
بیضی جرابات ، ۱۱۲	egg-follicles,
ایسی مریضہ کا جس میں انقطاع الطمث کے شدید علامات موجود تھے ، ۱۷۱	from patient who exhibited severe menopausal symptoms,
کے افعال ، ۱۲۱	functions of,
کا بقیہ مرحلہ ، ۵۷ - ۱۱۳	germ-epithelium of,
کا سوزاک ، ۱۷۷	gonorrhœa of,
کے گرافی جرابات ، ۵۱	Graafian follicles of,
کا نافچہ ، ۵۳	hilum of,
کی نسیجیات ، ۵۶	histology of,
کے ہارمون ، ۱۲۲	hormones of,
کا ابتدائی کیستی مرض ، ۵۳۲	hydatid disease of, primary,
کے رخسکی خلیے ، ۷۱	interstitial cells of,
کی تشعبع ، عقم کے علاج میں ، ۳۳۲	irradiation of, in treatment of sterility,
کا لیوٹینی ہارمون ، ۱۲۲	lutin hormone of,
کے عروق لف ، ۱۲۳	lymphatics of,
کے تشوہات ، ۲۲۶	malformations of,
کا لب ، ۵۳	modulla of,
بے عمل ، ۱۲۱	misplaced,
کے اعصاب ، ۵۵ - ۱۰۶	nerves of,
کا شقی انسکیز ہارمون ، ۱۲۳	œstrus-producing hormone of,
کا عمل وقوع ، ۵۱	position of,
کے ابتدائی جرابات ، ۱۱۲	primordial follicles of,
کی علیحدگی کے اثرات ، ۱۷۶ - ۱۷۷	removal of, effects of,
کا نقص نمو ، ۲۵۰	rudimentary development of,
کی جسامت اور اسکی شکل ، ۵۱	size and shape of,
کے چھوٹے چھوٹے نالیچی دویرے ، ۱۱۲	small hilum cysts of,
کا میسم ، ۶۵	stigma of,
مستزاد اور معین ، ۶۴۹	supernumerary and accessory,
کا تدرنی مرض ، ۵۱۱	tuberculous disease of,
کا سفید خط ، ۵۲ - ۵۴	white line of,
مبیضی قناتوں کا نمو ، ۱۱۲	Oviducts, development of,
نڈبوتہ کے بیضک ، ۲۰۴	Ovula Nabothi,
تدوین کا اختتام ، انقطاع الطمث پر ، ۱۷۷ - ۱۷۹	Ovulation, cessation of, at menopause,
کی تاریخ ، حیضی دور میں ، ۱۲۱	date of, in menstrual cycle,
کثیر شقی حیوانوں میں ، ۱۳۸	in polyœstrous animals,

ہمہج، فرج کا، ۶۰۱	Edema of vulva,
”ایسٹرین“، ۱۲۳	”Oestrin,”
حسر الطمث کے علاج میں، ۳۰۷	in treatment of dysmenorrhœa,
”ایسٹروجن“، ۲۷۰	”Oestrogen,”
شبتی اور لیوٹینی ہارمونوں کا تعلق، ۱۴۶	Oestrus and luteal hormones, relation of,
شبتی دور کے زمانے، پستانوں میں، ۱۳۲	cycle, mammalian, periods of,
زمانہ کے خصائص، ۱۳۳	period, characteristics of,
شبتی انسگیز ہارمون مبیض کا، ۱۴۳	producing hormone of ovary,
بویضی فطرابیض، التهاب مہبل میں، ۶۴۲	Oidium albicans in vaginitis,
قلت طمث، ۲۵۵ - ۲۷۲	Oligomenorrhœa,
اوفورون، ۵۳	Oophoron,
رمد نومولود، ۴۸۱	Ophthalmia neonatorum,
نہم خارجی، ۲۶	Os externum,
داخلی، ۲۶ - ۲۸	internum,
”سوزنی“، ۲۲۷	”pin-hole,”
مبیضی جہالریں، ۴۷	Ovarian fimbriæ,
فعل کا انحصار نخامی غدہ کے مقدم نلتہ کے	function, dependence on hormones of an-
ہارمونوں پر، ۱۴۷ - ۱۴۸	terior lobe of pituitary gland,
رابط، ۵۲	ligament,
درد، ۱۹۲	pain,
حمل، ۳۴۸	pregnancy,
عقم کا علاج، ۳۳۳	sterility, treatment of,
الیمیت، ۱۹۸	tenderness,
مبیضی حوضی رابط، ۱۱	Ovario-pelvic ligament,
مبیض اور مبیضین -	Ovary and Ovaries—
کا غیر طبعی عمل، ۲۵۰	abnormal situation of,
کی عدم موجودگی، ۲۵۰	absence of,
معین، ۲۴۹	necessary,
کی تشریح، ۵۱	anatomy of,
کی شریان، ۹۷	artery of,
کی چسپیدگیوں، ۱۲	attachments of,
کی خونی رسد، ۵۴	blood-supply of,
میں تغیرات، انقطاع الطمث پر، ۱۸۲	changes in, at menopause,
سن بلوغ پر، ۱۷۶	at puberty,
کا قشرہ، ۵۳	cortex of,
زمانہ شباب میں، ۶۱	in adolescent,
بالغ میں، ۶۰	in adult,
بچہ میں، ۵۹	in child,

۲۲	اشاریہ	امراض النساء جلد اول
تبول کے اختلالات ، ۱۹۵	Micturition, disturbances of,	
وجہ حیض ، ۲۹۴	Mole, menstrual,	
انیوی ، ۳۵۳ - ۳۶۱ - ۳۶۳	tubal,	
سے حاصل شدہ سلوی تلات ، ۳۶۴ - ۳۶۷	chorionic villi from,	
کی تشخیص ، ۳۶۳	diagnosis of,	
مونیلیا ، التهاب مہبل میں ، ۶۴۳	Monilia in vaginitis,	
جانوروں کی یک شبقی قسم سے کنٹر شبقی	Monœstrus type of animals, artificial deve-	
قسم کا مصنوعی طور پر پیدا کرنا ،	lopment to polyœstrus type,	
۱۳۸		
کا صنفی دور ، ۱۳۷	sexual cycle of,	
مونسل ، ۲۰۱	Monsoi,	
مارگینی کا کیسہ ، ۱۱۸	Morgagni, hydatid of,	
حرکت پذیر گردہ ، ۱۹۹	Movable kidney,	
ملری قناتیں ، ۱۱۶ - ۱۲۳	Mullerian ducts,	
ملری ابھار ، ۱۲۵	Muller's prominence,	
عضلات حوض ، ۲۱	Muscles, pelvic,	
نظام عضلی عنق کا ، ۳۷	Musculature of cervix,	
رحم کا ، ۳۶ - ۳۹	of uterus,	
غضاطی اذیاء ، سٹربت طمث میں ، ۲۷۷	Myxodoma, menorrhagia in,	
غضاطی سلمہ فرج کا ، ۶۱۰	Myxoma of vulva,	
غضاطی سلمہ لحمیہ فرج کا ۶۲۱	Myxo-sarcoma of vulva,	
بیوتہ کے جرابات ، ۳۸	Naboth's follicles,	
دیدان سلسکیہ ، تناسلی خطہ کے ، ۵۴۷ - ۵۵۰	Nematode worms of genital tract,	
کلیہ زا جبل ، ۱۱۰	Nephrogenic cord,	
عصبی رسد ، الوپی نلیوں کی ، ۱۰۶	Nerve supply of Fallopian tubes,	
مہیض کی ، ۵۵	of ovary,	
اعصاب مہیض کے ، ۱۰۵	Nerves of ovary,	
رحم کے ، ۴۱	of uterus,	
وجع المصب حصص کا ، ۵۹۹	Neuralgia of coccyx,	
عصبی عضلی میکانیہ اور شدید درد حیض ، ۲۰۳	Neuro-muscular mechanism and severe	
	menstrual pain,	
عصبانیتیں اور جاع مولم ، ۳۱۴	Neuroses and dyspareunia,	
آکٹہ الفرج ، ۵۷۸	Noma,	
شفتین صغیر کی بیش پرورش ، ۶۰۳	Nymphæ, hypertrophy of,	
فرجی اور بے طمثیت ، ۲۶۷	Obesity and amenorrhœa,	
تسدی فرجہ ، امتناع حل میں ، ۲۳۸	Occlusive pessary, in contraception,	

حیض - سلسلہ سابق	Menstruation—continued.
کے دوران میں رحم میں تغیرات ، ۱۷۳	changes in uterus during,
کے مواد کے خواص ، ۱۷۲	character of discharge,
پر آب و ہوا کا اثر ، ۱۷۱	climatic influence on,
کے سریری خواص ، ۱۷۱ تا ۱۷۴	clinical features of,
کے مواد کا لٹکوں کی صورت میں ہونا ، ۱۷۵	clotting of discharge,
کے سیال کے اجزائے ترکیبی ، ۱۷۳	composition of fluid,
پوشیدہ ، ۲۵۶	concealed,
کے لحاظ سے تناسلی دور کے ایام ، ۱۷۸	days of sex cycle in relation to,
کا صحیح اہتمام ، ۱۷۴	hygiene of,
وقفہ کا زمانہ ، ۱۵۹	interval stage,
کی بے قاعدگیاں سن بلوغ پر ، ۱۷۶	irregularities of, at puberty,
کے دوران میں مواد کی نوعیت ، ۱۷۰	nature of discharge in,
خرف حیض کی حالت ، ۱۵۶	phase of menstrual hæmorrhage,
حالت بعد از حیض ، ۱۵۸	post-menstrual phase,
متبادر ، ۱۷۲	precocious,
حالت قبل از حیض ، ۱۵۵	premenstrual phase,
علامات مندرہ ، ۱۷۳	premonitory symptoms,
سے جسم اصغر کا تعلق ، ۱۷۲	relationship of corpus luteum to,
کا توازن ، ۱۶۱	rhythm of,
کے مختلف مدارج میں رجم غدہ ، ۱۵۷	uterine glands at various stages of,
بدیلی ، ۲۵۹ - ۲۷۳	vicarious,
ایض ، ۲۵۹	white,
ماساریٹائے رحم ، ۱۲	Mesometrium,
میاں گردہ ، ۱۱۱	Mesonephros,
ماساریٹائے انبویہ ، ۱۲ - ۱۱۷	Mesosalphinx,
تحوّل عمومی اور حیض کا توازن ، ۱۶۱	Metabolism, general, and menstrual rhythm,
بعد گردہ ، ۱۱۱	Metanephros,
التهاب الرحم تقطیعی ، ۲۲۲	Metritis, dissecans,
سوزاکی ، ۲۷۵	gonorrhæal,
استحاضہ ، ۲۸۲	Metrorrhagia,
رجم سیلان الدم ، ۱۶۲ - ۲۸۲	Metrostaxis,
سے متعلق مقامی حالات ، ۲۸۲	local conditions associated with,
خرد عضویات انسانی تناسلی بولی خطہ کے ، ۲۰۶	Micro-organisms of female genito-urinary tract,
بولی خطہ کے ، ۲۱۰	of urinary tract,

انقطاع الطمث — بسلسلہ سابق	Menopause—continued.
میں اساسی تحولی شرح میں تغیر، ۱۸۰	variation in basal metabolic rate in,
میں فرق حرکی علامات، ۱۷۸	vasomotor symptoms in,
کثرت طمث، ۱۹۳ - ۲۷۷	Menorrhagia,
اور متجانس رحمی نوز، ۲۷۵	and allied uterine hæmorrhage,
کے اسباب، ۲۷۷ تا ۲۸۰	causes of,
وجع الحیض، ۲۸۵ - ۲۸۷	Menorrhagia,
کا علاج، ۳۰۶	treatment of,
امتداد طمث، ۱۹۳ - ۲۸۰	Menostaxis,
حیضی سبیکوں اور وحموں کے خرد بینی مناظر،	Menstrual casts and moles, microscopical
۲۹۵ اور بعد کے صفحات	features of,
تھکا حیم کے پہلے دن، ۱۶۳	clot on first day of menstruation,
ریزینہ، ۱۶۱	decidua,
سیال کے اجزائے ترکیبی، ۱۶۲	fluid, composition of,
نوز کی حالت، ۱۵۶	hæmorrhage, phase of,
درد سر کا سبب، ۱۸۰	headache, cause of,
مجهودات، ۱۷۳ - ۲۶۸ - ۲۸۵	molimina,
درد، ۲۸۳	pain,
کے سریری اقسام، ۲۸۶	clinical types of,
مجهوداتی، ۲۸۸	moliminal,
کے مبادی، ۲۸۹	sources of,
درجہ تھکے، ۲۹۱	intra-uterine clotting,
مجهودات حیض، ۲۸۸	menstrual molimina,
اور عمومی عضلی میکانیہ، ۳۰۳	neuro-muscular mechanism and,
انقباضات رحم، ۲۸۹	uterine contractions,
عروق اختلالات، ۳۰۳	vaso-motor disturbances,
نیز دیکھو عسر الطمث	See also Dysmenorrhœa.
توازن، ۱۶۹	rhythm,
اور عمومی تحول میں دوری تغیرات،	cyclic variations in general metabolism
۱۷۰	and,
حیض، ۱۶۰ - ۲۵۵	Menstruation,
کی ابتدا کی عمر، ۱۷۱	age of commencement of,
کی مقدار اور مدت، ۱۷۲	amount and duration of,
کے دوران میں عنق کا منظر، ۱۶۷	appearance of cervix during,
کے مختلف مدارج میں دروں وجہ کا	of endometrium at various stages of,
منظر، ۱۵۳ اور بعد کے صفحات	
کے دوران میں کیلسیئم کا اخراج، ۱۶۳	calcium excretion in,
کی تسلیب، ۱۶۳	causation of,
کا انقطاع، دیکھو انقطاع الطمث	cessation of, See Menopause,

قطنی غدد ، ۱۰۲	Lumbar glands,
لیوٹینی اور شقی ہارمونوں کا تعلق ، ۱۳۶	Luteal and oestrus hormones, relation of,
لیوٹینی ہارمون میپن کا ، ۱۴۳	Lutein hormone of ovary,
التهاب عروق لف ، ۴۴۶	Lymphangitis,
عروق لف عنق کے ، ۱۰۴	Lymphatics of cervix,
فلوپی ٹی کے ، ۱۰۳	of Fallopian tube,
میپن کے ، ۱۰۳	of ovary,
حوض کے ، ۱۰۱	of pelvis,
رحم کے ، ۱۰۳ - ۱۰۱	of uterus,
مہبل کے ، ۱۰۴ - ۱۰۰	of vagina,
فرج کے ، ۱۰۰	of vulva,
میکنرودٹ کا رباط ، ۱۸	Mackenrodt's ligament,
’سوزای لطیفہ‘ ، ۴۰ - ۴۸۳	‘Macula gonorrhoeica,’
نشو و نما فلوی ٹیوں کے ، ۲۵۱	Malformations of Fallopian tubes,
میپن کے ، ۲۹۲	of ovaries,
رحم کے ، ۲۲۵	of uterus,
مہبل کے ، ۲۲۵	of vagina,
فرج کے ، ۲۲۵	of vulva,
خبریت بالیدیں ، مہبل کی ، تشخیص اور علاج ، ۶۵۵ تا ۶۵۸	Malignant growths, of vagina, diagnosis and treatment of,
فرج کی ، ۶۱۰	of vulva,
یستانویوں کا منی دور ، ۱۳۲	Mammalian sexual cycle,
ازدواج اور آتشک ، ۴۹۹	Marriage, syphilis and,
ملانی سلحہ فرج کا ، ۶۱۸	Melanoma of vulva,
غشائے ذراتی ، ۶۳	Membrana granulosa,
غشائی عسر الطمث ، ۲۹۲	Membranous dysmenorrhœa,
’مینو فارمان‘ ، ۲۴۰	‘Menoformon,’
انقطاع الطمث ، ۱۷۷	Menopause,
تناسلی اعضا کے تشریحی تغیرات ، ۱۸۳	anatomical changes in genital organs,
مصنوعی ، ۱۷۷	artificial,
کے خصائص ، ۱۷۷	characteristics of,
کے زمانہ میں یا اس کے بعد نفقات ، ۱۸۳	hæmorrhages at or after,
کے زمانہ میں ہارمونی علاج ، ۱۸۳	hormone therapy at,
امراضیاتی ، ۱۷۷	pathological,
قبل از وقت ، ۱۷۷	premature,
میں نفسی علامات ، ۱۸۱	psychical symptoms in,
کا علاج ، ۱۸۳	treatment of,
کے بعد رحم ، ۴۵	uterus after,

شفرتین ' کا خراج ' ۶۲۵	Labia, abscess of,
کا سرطانی سلعہ ' ۶۱۲ - ۶۱۵	epithelioma of,
کا قفق ' ۵۹۸	hernia of,
وضع حمل ' کاذب ' دروں اور پروں رباطی ' ل	Labour, false, in intra- and extra-ligamen-
میں ، ۳۷۶	tary pregnancy,
انقطاع الطمث میں ، ۱۸۲	in menopause,
ثانوی شکمی حمل میں ، ۳۹۸	in secondary abdominal pregnancy,
دریدگیان عجان کی ، ۵۹۶	Lacerations of perineum,
فرج کی ' ۵۹۶	of vulva,
بیاضی سطحیت ' پورمڈگنی فرج سے تفریق ،	Leucoplakia, differentiation from kraurosis,
۵۸۳ - ۵۸۶	
فرج کی ، ۵۸۰	of vulva,
بیاضی سطحیت کے قطعات مزمن التهاب مثانہ	Leucoplakic patches in chronic cystitis,
میں ، ۵۴۳	
بیاضی سطحیتی التهاب فرج ' ۵۸۱	vulvitis,
کا تعلق فرج کے سرطان سے ' ۵۸۳	relationship to carcinoma of vulva,
سفید دمویت ' انی ' اور کثرت طمث ' ۲۷۸	Leukemia, lymphatic, and menorrhagia,
رائع المبرز عضلہ ، ۲۱	Levator ani muscle,
رباط عریض ' ۱۱	Ligament, broad,
اعظم ، ۱۸	cardinal,
مبیضی ' ۵۲	ovarian,
مستعرض ' عنق کا ' ۱۸	transverse, of cervix,
رباطات مستعرض عنقی ' ۱۸	Ligamenta transversales colli,
رباطات اعظم ، ۱۸	Ligaments, cardinal,
کا نمو ' ۱۲۸	development of,
میکنرود کے ، ۱۸	Mackenrodt's,
عنق کے مستعرض ، ۱۸	of cervix, transverse,
مستدیر ، ۳۲	round,
رسمی عجزی کی تشریح ، ۱۳	utero-sacral, anatomy of,
رسمی مثانی ، ۸	utero-vesical,
رباط عریض کا نمو ، ۱۱۶	Ligamentum latum, development of,
مبیضی حقیقی ، ۱۲ - ۵۲ - ۱۲۹	ovarii proprium,
مستدیر ، ۱۲۹	rotundum,
تعلیقی مبیضی ' ۱۱ - ۱۱۲	suspensorium ovarii,
لپائیو ڈال ، سے فالوپ نیلیوں کے افتتاح کا	Lipiodol, demonstration of patency of Fallo-
مظاہرہ ، ۳۲۸	pain tubes by,
شعاع نگاری میں ، ۲۳۰	in radiography,
شحمی سلعہ فرج کا ' ۶۰۹	Lipoma of vulva,
جرائی سیال ، ۶۰	Liquor folliculi,
متحجر جنین کی تسکون ، ۳۹۹	Lithopedion, formation of,

فوق کلیوی سلسلہ ، ۱۸۷	Hypernephroma,
زیر معدی یا حرقی سلسلہ عروق لف کا ، ۱۰۱	Hypogastric or iliac chain of lymphatics,
زیر مہیضیت ، ۳۵۸	Hypo-oophorism,
انبوبہ کا کم تکون ، ۳۵۳	Hypoplasia tubæ,
تحت مہالیت ، ۳۴۲ - ۳۴۷	Hypospadias,
حرقی یا زیر معدی سلسلہ عروق لف کا ، ۱۰۱	Iliac or hypogastric chain of lymphatics,
حرقی عصمی عضلہ ، ۳۱	Ilio-coccygeus muscle,
تیمی ، مستقل ، ۳۶۳	Infantilism, permanent,
سرائتیں ، نبقہ قنذیہ اور دیگر طفیلیات کی ، ۵۲	Infections, echinococcal and other parasitic,
غذائی خطہ کی ، ۵۵۶	of alimentary tract,
زنانہ اعضائے حوض کی ، ۳۰۶	of female pelvic organs,
بولی خطہ کی ، ۵۴۰	of urinary tract,
نوعی ، ۳۵۸	specific,
التهاب مہبل ، ۶۳۰	Inflammation of vagina,
فرج ، ۵۷۵	of vulva,
تیمی حوضی شکن ، ۱۱	Infundibulo-pelvic fold,
اربی غدود ، سطحی ، ۱۰۳	Inguinal glands, superficial,
معائنہ ، شکمی ، ۱۹۷	Inspection, abdominal,
بین حیضی درد ، ۳۱۲	Intermenstrual pain,
کے مآخذ اور علاج ، ۳۱۳	sources and treatment of,
تسمیط فرج ، ۵۷۹	Intertrigo of vulva,
دروں رابطی انبوبی انشقاق ، ۳۷۳ تا ۳۷۷	Intra-ligamentary rupture of tube,
دروں باریطونی خراج ، ۳۴۳	Intra-peritoneal abscess,
سیلاب انبوبی حل کے انشقاق میں ، ۳۹۰	flooding, in rupture of tubal pregnancy,
نوف ، ۳۹۰	hemorrhage,
انبوبی انشقاق ، ۳۷۳ - ۳۷۷	rupture of tube,
در رحمی تھکوں کی وجہ سے درد حیض ، ۳۹۱	Intra-uterine clotting causing menstrual pain,
طریقے امتناع حل کے ، ان کے خطرات ، ۳۴۱	methods of contraception, dangers of,
درکی عصمی عضلہ ، ۳۱	Ischio-coccygeus muscle,
آئیوانوف کا نظریہ تناسلی اعضا کی صعودی	Iwanov's theory of ascending infection of
سرائت کے متعلق ، ۳۳۸	genital organs,
آئیزال ، ۲۰۱	Izal,
جیل کا مہلی بازکش ، ۳۱۲ - ۳۱۳	Jayle's vaginal retractor,
کوبلٹ کی نلیاں ، ۱۱۸	Kobelt's tubes,
کا لیکر کے احبال ، ۵۷	Kolliker, cords of,
پڑمردگئی فرج ، ۵۸۲ - ۶۴۴	Kraurosis vulvæ,
کی پیاخی سطحیت سے تفریق ، ۵۸۵ - ۵۸۶	differentiation from leukoplakia,

دموی سلعہ فرج کا ، ۵۹۴	Hæmatoma vulvæ,
دسمی اجتماع الدم ، ۲۳۵-۲۳۷	Hæmatometra,
انبوی اجتماع الدم ، ۲۳۷	Hæmatosalpinx,
نزفہ اور سکتہ طمث ، ۲۷۸	Hæmophilia and menorrhagia,
نزف دروں باریطونی ، انتشاری قسم ، ۳۹۰-۴۰۰	Hæmorrhage, intra-peritoneal, diffuse type,
دویرہ بند قسم ، ۳۹۴-۴۰۱	encysted type,
کی تحقیقات ، ۱۹۳	investigation of,
انبوی خارجی ، ۳۶۰-۳۶۲-۳۸۸-۳۸۹	tubal, external,
داخلی ، ۳۶۰-۳۶۲-۳۸۹	internal,
درد سر ، حیض ، ۱۷۳	Headache, menstrual,
خفیت ، ۴۴۵-۴۵۰	hermaphroditism,
فتق شفری اور عجائی ، ۳۹۸	Hernia, labial and perineal,
سلعہ فرج کا ، ۵۷۸	Herpes of vulva,
ہارمونی علاج انقطاع الطمث پر ، ۱۸۳	Hormone therapy at menopause,
عقم میں ، ۳۳۳	in sterility,
ہارمون مبیض ، ۱۴۲	Hormones, ovarian,
ہوتنتائی پرز ، ۶۰۳	lactentot apron,
ہنڈر کا اسکولہ ، ۴۹۲	linterian chancre,
کیستی دویرہ ، ۵۲۹	Hydatid cyst,
مرض کی تشخیص ، ۵۳۳	disease, diagnosis of,
کے متوطن علاقہ جات ، ۵۳۱	endemic areas,
حفظیہ اور اس کے میزبان کا مابینی	interaction between parasite and its
تعامل ، ۵۳۱	host,
لولی نلی کا ، ۵۳۱	of Fallopian tube,
مبیض کا ، ۵۳۱	of ovary,
احشائے حوض کا ، ۵۲۸	of pelvic viscera,
رحم کا ، ۵۳۲	of uterus,
حوضی ابتدائی ، ۵۳۱	pelvic primary,
رؤس الشریطہ کی ثانوی تنصیب ، ۵۳۱	secondary implantation of scolices in,
حوض میں اس کے علالت کی تقسیم ، ۵۳۱	topical distribution in pelvis,
کا علاج ، ۵۳۴	treatment of,
مارگینی کا ، ۱۱۸	of Morgagni,
متعج ، ۵۳۰	sappurating,
پردہ بکارت کے نقائص نو ، ۲۴۰	Hymen, defects of development of,
کا نو ، ۱۲۸	development of,
غیر منتقب ۲۴۱-۲۶۰	imperforate,
کا علاج ، ۲۶۳	treatment of,
بیش دمویت پیش شبی زمانہ میں ، ۱۳۴-۱۳۶	Hyperæmia in pro-æstrum period,
ہائیڈروکلورک ایسڈ کی زیادتی مزمن التهاب	Hyperchlorhydria in chronic appendicitis,
زائدہ میں ، ۵۶۴	

سوزاک — بسلسلہ سابق	Gonorrhœa—continued
کی جراثیمیات ، ۴۶۰	bacteriology of,
کے سریری مقدمات ، ۴۶۳	clinical data,
کی تحقیقات کے لیے مواد جمع کرنا ، ۴۶۳	collection of material for investigation,
کا ، ۴۸۰	course of,
کی تشخیص ، ۴۸۳	diagnosis of,
کی وجہ سے اختلالات فعل ، ۴۸۰	disturbances of function due to,
کی تشخیص میں موادات کا امتحان ، ۴۸۴	examination of discharges in diagnosis of,
کی تاریخی بحث ، ۴۵۸	historical summary,
مبرز کا ، ۴۷۹	of anus,
جسم رحم کا ، ۴۷۵	of body of uterus,
عنق کا ، ۴۷۴	of cervix,
ذلولی نلی کا ، ۴۷۷	of Fallopian tube,
مبیضہ کا ، ۴۷۷	of ovaries,
باریطون کا ، ۴۷۸	of peritoneum,
معائے مستقیم کا ، ۴۷۹	of rectum,
مہمل کا ، ۴۷۱	of vagina,
کی امراضیات ، ۴۶۳	pathology of,
کا حفظ ماتقدم اور علاج ، ۴۸۵	prophylaxis and treatment,
کا تعلق باروری سے ، ۴۸۱	relation of, to fertility,
کے علاج میں برق حرارت رسائی ، ۴۸۷	treatment of, diathermy in,
سوزاکی التهاب، بارتھولینی غدود کا ، ۴۶۹	Gonorrhœal inflammation of Bartholin's glands,
التهاب مہال ، ۴۶۵	urethritis,
التهاب فرج ، ۴۶۵	vulvitis,
سگرافی جراثیمات ، ۵۱	Graafian follicles,
کا نمو ، ۵۹	development of,
کا سیال ، ۶۰	liquor of,
کی پختگی ، ۶۰-۶۶	maturation of,
کی تعداد ، مبیضہ میں ، ۵۷	number of, in ovary,
کی پختگی کا عمل ، ۶۰-۶۳	ripening,
کی ساخت ، ۵۸	structure of,
مرض گریو، کثرت طمث میں ، ۳۷۷	Graves' disease, menorrhagia in,
قیلہ دموبہ ، نود انوبی ، ۳۷۳	Hæmatocele, paratubal,
جوضی ۳۹۵-۳۹۰	pelvic,
سگرو ابوبی ، ۳۶۹-۳۷۰	peritubal,
پس دستی ، ۳۷۰	retro-uterine,
مہبلی اجتماع الدم ، ۲۳۵-۲۶۰	Hæmatocolpos,

حفروہ - بسلسلہ سابق	Fossa—continued
مبیضی ، ۵۲	ovarica,
فریڈمین کا کاشفہ حمل کی تشخیص کے لیے ،	Friedman test for diagnosis of pregnancy,
۱۵۱	
فسادات فعل ، ۲۵۵	Function, disorders of,
دمیلیت فرج کی ، ۵۷۹	Furunculosis of vulva,
گیرٹر کی قنات ، ۱۱۸-۱۱۳-۱۲	Gaertner, duct of,
کے جو حصے برقرار رہتے ہیں ان سے پیدا ہونے والے دویرے ، ۶۵۳	persistent portions of, cysts arising from,
سنگرینی التهاب فرج ، ۵۷۸	Gangrenous vulvitis,
تناسلی اعضا کا تدرن ، ۵۰۰	Generative organs, tuberculosis of,
تناسلی اور بولی خطوں کا اتحاد ، ۱۲۰	Genital and urinary tracts, fusion of,
شکن ، ۱۲۷-۱۱۶	folds,
عفونی سرائتوں کی تقسیم ، ۴۱۳	infections, septic, classification of,
اعضا کے تغیرات انقطاع الطمث میں ، ۱۸۲	organs, changes in at menopause,
کی شمع فطرت ، ۵۲۳	actinomycosis of,
لکیر ، ۱۱۳	streak,
نظام سے درون افرازی غدود کا تعلق ، ۱۸۵	system, relation of endocrine glands to,
خطہ میں ریپانیس ، ۵۲۷	tract, cestodes in,
میں عضویوں کی تقسیم ، ۴۱۰	distribution of organisms in,
کے دبدان سلکیہ ، ۵۲۷-۵۳۵	nematode worms of,
کے دیدان مشبہ ، ۵۲۷-۵۳۶	trematode worms of,
اعضائے تناسل کا نمو ، ۱۱۵	Genitalia, development of,
کا تضاعف ، ۲۳۲	duplication of,
تناسلی مہرزی تصلی ورم ، ۵۹۴	Genito-anal scleroma,
تناسلی بولی خطہ کا نمو ، ۱۱۰	Genito-urinary tract, development of,
کے خرد عضویات ، ۴۰۶	micro-organisms of,
نبی سرخلمہ مبیض کا ، ۵۷-۱۱۳	Germ-epithelium of ovary,
نبی احبال ، ۱۱۳	Germinal cords,
حشفہ بظر ، ۱۲۷	Glans clitoridis,
مولدہ ، ۱۱۲	Gonad,
سوزا کی نبی عفونت الدم ، ۴۶۲-۴۸۱	Gonococcal septicæmia,
نبقات سوزاک ، ۴۶۰	Gonococci,
کی کاشت ، ۴۶۱	cultivation of,
کے قلوبنی صفات ، ۴۶۰-۴۶۴	staining properties of,
سوزاک ، ۴۵۸	Gonorrhœa,
حوضی التهاب بارناتوں کے سبب کے طور پر	as cause of pelvic peritonitis,
۴۳۸	

فلوپی ٹی اور ٹیباں — بسلسلہ سابق	Fallopian Tube and Tubes—continued
کا ابتدائی کیسیتی مرض، ۵۳۹	hydatid disease of, primary,
کا نفوخ، ۳۲۸-۳۳۰	insufflation of,
کار خنکی یا رسی حصہ، ۴۶	interstitial or uterine portion,
کی تنگنائے، ۴۶	isthmus of,
کے عروق لف، ۱۰۳	lymphatics of,
کے تشوہات، ۲۵۱	malformations of,
کی عصبی رسد، ۱۰۶	nerve supply of,
کے افتتاح کا معلوم کرنا، ۳۳۸ تا ۳۳۰	patency of, determination of,
کے ثنیاں، ۴۹	plicæ of,
کا سابق الوجود مرض، ابوبی سی کے	pre-existing disease of, as cause of tubal
سبب کے طور پر، ۳۵۳-۳۵۴	pregnancy,
ناقص المنہ، ۲۵۲	rudimentary,
زائد شکمی دھنہ کے ساتھ، ۱۱۷	showing accessory abdominal ostium,
کی ساخت، ۴۷	structure of,
کی مصلیٰ تہ، ۴۸	subserosa of,
مستزاد، ۳۵۱	supernumerary,
کی جراحی تشریح، ۵۰	surgical anatomy of,
کا تدرن، ۵۱۲	tuberculosis of,
کے ہریری خصائص، ۵۱۶	clinical features of,
کی تشخیص اور علاج، ۵۱۶	diagnosis and treatment,
کے طبیعی امارات، ۵۱۶	physical signs,
نیز دیکھو التهاب ابوبہ	See also Salpingitis,
”نسوانی صنفی ہارمون“، ۱۴۳	“Female sex hormone,”
فرگسن کا مہیلی منظار، ۳۰۸	Ferguson's vaginal speculum,
لینی عضلی سلعہ، تحت غاطی، کی سرائٹ، ۴۱۸	Fibro-myoma, submucous, infection of,
مہیلی، ۶۵۴	vaginal,
شقاقات فرج کے، ۵۹۳	Fissures of vulva,
ناسود، مستقیم مہیلی، ۶۵۰	Fistula, recto-vaginal,
حالی، ۶۴۹	ureteral,
حالی مہیلی، ۶۴۷	uretero-vaginal,
بولی مہیلی، ۶۴۷	urinary-vaginal,
مٹانی عنق، ۶۴۷	vesico-cervical,
مٹانی مہیلی، ۶۴۷	vesico-vaginal,
”نورد“، انقطاع الطمث میں، ۱۷۸	“Flushing” in menopause,
جنین کی عنق، ۴۳	Fœtus, cervix of,
کا رحم، ۴۳	uterus of,
”فولی کالین“، ۱۴۳-۱۴۶	“Folliculin,”
حفرہ زودق، ۱۲۸	Fossa navicularis,

امتحان - بسلسلہ سابق
 میں منظرات کی امداد، ۲۱۱
 دو دستی، ۲۰۴
 موجودہ مرض کی روئداد، ۱۹۳
 تحقیقات اورام شکم اور دیگر اورام کی، ۱۹۵
 مواد کی، ۱۹۴
 تبول کے اختلالات کی، ۱۹۵
 نزل کی، ۱۹۳
 درد کی، ۱۹۳
 خون کا، ۲۱۸
 موادوں اور باقوں وغیرہ کا، ۳۱۷
 مریضہ کا، ۱۸۹
 بولی نظام کا، ۳۱۹
 کے لیے شمع نگاری، ۲۱۹
 مستیمی، ۲۰۸
 مستیمی شکمی، ۲۰۸
 مستیمی مہبل شکمی، ۲۰۸
 کے لیے رسی مجسہ، ۲۱۳
 مہبل، ۲۰۱
 میں ارتسامی اندراجات کی اہمیت، ۲۰۰
 فرجی، ۲۰۱
 خارج الرحم حمل، ۳۴۶
 نیز دیکھو حمل خارج الرحم
 فلوپی نلی اور نالیاں
 کا شکمی دھنہ، ۴۷
 کا معین شکمی دھنہ، ۴۹
 کی تشریح، ۴۵
 کی دموی رسد، ۵۰
 میں سرائت کے وقوع کے لیے گزر گاہیں،
 ۵۰
 کا "خراج بارد"، ۱۵۰
 کے نقائص، ۲۵۲
 کا نمو، ۱۱۴
 کی غشائے مخاطی کا نمو، ۱۱۷
 کی غیر وضعیتیں، ۲۵۳
 کے عطفات، ۵۰-۲۵۲
 کی جہالریں، ۴۷
 کا سوزاک، ۴۷
 حاملہ، ۳۵۹-۳۵۵

Examination—continued

aids to, specula in,
 bimanual,
 history of present illness,
 investigation of abdominal and other
 swellings,
 discharge,
 disturbances of micturition,
 hemorrhage,
 pain,
 of blood,
 of discharges, tissues, etc,
 of patient,
 of urinary system,
 radiography in,
 rectal,
 recto-abdominal,
 recto-vagino-abdominal,
 uterine sound in,
 vaginal,
 value of diagrammatic records,
 vulval,

Extra-uterine pregnancy,

See also Pregnancy, extra-uterine,

Fallopian Tube and Tubes,

abdominal ostium of,
 accessory abdominal ostium of,
 anatomy of,
 blood supply of,
 channels of infection in,

"cold abscess" of,

defects of,
 development of,

mucous membrane,

displacements of,

diverticula of,

finbria of,

gonorrhoea of,

gravid,

دروں رجسٹریٹ - بسلسلہ سابق	Endometriosis—continued
حوذی، ۴۴۱	pelvic,
دروں رجسٹریٹ التهاب، جسمی، سوزاکی، کا	Endometritis, corporeal, gonorrhoeal, treatment of,
علاج، ۴۸۶	
سمراتی، ۴۲۲	infective,
گندیدہ، گندیدگی خون کا، علامات اور	putrid, of sapraemia, symptoms and clinical history of,
سریری روئداد، ۴۲۳-۴۳۰	
دروں رجسٹریٹ، ۴۶	Endometrium,
میں ریزینی خلیات کی غیر طبعی اور مفرط	abnormal and excessive production of decidual cells in, cause of severe menstrual pain,
پیدائش، شدید درد حیض کے پیدا	
ہونے کا سبب، ۲۹۹	
اور جسم اصغر کا باہمی تعلق، ۱۴۱-۱۴۰	and corpus luteum, relationship between,
حیض سے آٹھ دن پہلے، ۱۵۳	at eight days before menstruation,
حیض کے پہلے دن، ۱۵۴-۱۶۲	at first day of menstruation,
وقفہ حیض میں، ۱۵۹	at interval stage of menstruation,
حیض کے چھ دن بعد، ۱۵۸	at six days after menstruation,
عقی، کے غدد، ۳۶	cervical, glands of,
کی ساخت، ۳۰-۳۳	structure of,
جسمی، کی ساخت، ۲۹	corporeal, structure of,
نفاسی صفولت الدم میں، ۴۳۰-۴۳۱	in puerperal septicaemia,
کی قبل از حیض حالت، ۱۶۱	pre-menstrual,
دروں انجونی التهاب، ۵۱۳	Endosalpingitis,
در حلی سلمہ، بارتھولین کے غدہ کا، ۶۳۹	Endothelioma of Bartholin's gland,
فرج کا، ۶۱۸	of vulva,
تعدد طمث، ۱۹۳-۲۴۶	Epimenorrhœa,
فوق مبالیت، ۲۴۳	Epispadias,
سر حلی سلمہ، بظر کا، ۶۱۱	Epithelioma of clitoris,
شفرتین کا، ۶۱۲-۶۱۵	of labia,
فرج کا، ۶۱۰	of vulva,
بیاضی سطحیت سے تعلق، ۵۸۳	relation to leukoplakia,
سر حلی سلمہ، جسمی دروں رسمہ کا، اسکی ساخت، ۳۰	Epithelium of corporeal endometrium, structure of,
بر مبین، ۱۱۲-۱۱۱	Epoophoron,
ارگوایلیال، ۲۴۱	Ergoapiol,
نائل عقی کا، سوزاک کے باعث، ۴۰۴	Erosion of cervix due to gonorrhœa,
سرخ بادی التهاب فرج، ۵۷۷	Erysipelatous vulvitis,
جلد خوردہ، ۵۹۴	Esthiomene,
فرج کا، ۶۰۴	of vulva,
امتحان شکم، ۱۹۶	Examination, abdominal,

عسر الطمث — بسلسلہ سابق	Dysmenorrhœa—continued
کا علاج، ۳۰۴	treatment of,
دروں افزائی، ۳۰۷	endocrine therapy in,
جراحی، ۳۰۸	operative,
صافق، ۲۸۶	true,
نیز دیکھو درد حیض	See also Menstrual Pain,
باع مولم، ۱۹۶-۳۱۳	Dyspareunia,
کے اسباب، ۳۱۵-۳۱۷	causes of,
اور عصبانیتیں، ۳۱۶	neuroses and,
کا علاج، ۳۱۹	treatment of,
شحمی تناسلی سوء تغذیہ، ۱۸۶-۲۶۹	Dystrophia adipose-genitalis,
نبتہ قنغذیہ اور دیگر طفیلیات کی سرایتیں، ۵۳۷	Echinococcal and other parasitic infections,
بے جائی مہیض، ۲۵۰	Ectopia ovarii,
مٹانہ، ۲۴۴	vesien,
بے جائی حمل - دیکھو حمل، خارج الرحم	Ectopic gestation, See Pregnancy, extra-
فرج کا اکڑیما، ۵۷۹	uterine,
بیضی جرابات، مہیض کے، ۱۱۴	Ischemia vulva,
لچسکدار بافت، رحم کی، ۴۰	Egg-follicles of ovary,
لچسکدار بافت کا اندرونی طہانہ، ۴۰	Elastic tissue of uterus,
داء الفیل عربی، ۶۰۷	Elastica interna,
فرج کا، ۶۰۶	Elephantiasis arabum,
بروق، ۶۰۸	of vulva,
مضغہ کا نمو، ۱۱۰	verrucosa,
جنینی اور بالغ ساختوں کے درمیانی تعلقات کو	Embryo, development of,
ظاہر کرنے کے لیے نقشہ، ۱۳۰	Embryonic and adult structures, table show-
مدرات حیض، ۲۷۱	ing relations between,
دروں عتی التهاب، ۴۷۴	Emmenagogues,
مزمن کا علاج، ۴۸۷-۴۸۹	Endocervicitis,
دروں افزائی غدد کا تعلق بے طہیثیت سے،	chronic, treatment of,
۲۶۸	Endocrine glands, relation of, to amenorr-
تناسلی نظام سے، ۱۸۵	hœa,
دروں افزائی علاج عسر الطمث میں، ۳۰۷	to genital, system,
دروں رحمی بافت کی نوعیت عسائی عسر الطمث	therapy in dysmenorrhœa,
میں، ۲۶۴	Endometrial tissue in membranous dysmen-
دروں رحمی سلعہ سے پیدا ہونے والے	orrhœa, nature of,
دوبرے، ۶۵۳	Endometrioma, cysts arising from,
فرج کا، ۶۰۹	of vulva,
دروں رحمیت، مستقیم تناسلی فضا کی، ۴۵۱	Endometriosis, of recto-genital space,

ریوینہ، بسہ، ۱۵۵	Decidua compacta,
حیض، ۱۶۱-۱۶۳-۲۹۲	menstrual,
ریونی سیکس، ۲۹۲	Decidual casts,
خارج الرحم حمل کے احباب سے، ۳۸۹	from case of extra-uterine gestation,
ڈٹال، ۲۰۱	Dettol,
نحو کے فتورات کی بحث اسباب، ۲۲۴	Development, disorders of, etiology of,
ذیابیطس التباب فرج، ۵۸۷	Diabetic vulvitis,
ڈایا فرام، حوضی، ۲۱	Diaphragm, pelvic,
برقی حرارت رسانی سوزاکی سرایت کے علاج میں، ۳۸۷	Diathermy in treatment of gonococcal infection,
موسع، مہلی، ۳۳۱-۳۳۰	Dilator, vaginal,
بین شبہتی زمانہ پستانوں میں، ۱۳۸	Dicæstrum in mammals,
دو شتی دور، پستانوں میں، ۱۳۸	Dicæstrus cycle in mammals,
ڈقہیریا، اعضائے تناسل کا، ۴۱۳	Diphtheria of genitalia,
مواد، اور موادات	Discharge and Discharges,
انقطاع الطمث یا اسکے بعد، ۱۸۴	at or after menopause,
کا امتحان، ۱۹۳-۲۱۷	examination of,
قرص ولودی، ۶۲	Discus proligerus,
فلوی نی کی غیر وضعیتیں، ۲۵۳	Displacements of Fallopian tube,
خون ہاش دو دھنہ، ۵۳۶	Distoma hæmatobium,
التباب عطفہ، ۵۶۵	Diverticulitis,
حوضی التهاب باریطون کے سبب کے طور پر، ۴۳۸	as cause of pelvic peritonitis,
کے سریری خصائص، ۵۶۹	clinical features of,
کی تشخیص، ۵۷۱	diagnosis of,
کی تفریقی تشخیص، ۵۷۱	differential diagnosis,
کی بحث اسباب، ۵۶۸	etiology of,
کے حوضی علامات، ۵۷۰	pelvic symptoms of,
کا علاج، ۵۷۲	treatment of,
عطفیت، ۵۶۵	Diverticulosis,
عطفہ فلوی نی کا، ۴۹-۲۵۲	Diverticulum of Fallopian tube,
مبال کا، ۶۳۹	of urethra,
ڈوڈرلین کا عصیہ، ۴۰۷	Doderlein's bacillus,
ڈگلز کی جیب، ۱۰-۴	Douglas, pouch of,
قنات، گیرٹر کی، ۱۱۳-۱۱۸	Duct of Gaertner,
ڈچ کیپ امتناع حمل کے لیے، ۳۳۸	Dutch cap in contraception,
عسر الطمث غشائی، ۲۹۲	Dysmenorrhœa, membranous,
تسدی، ۲۹۰	obstructive,
ابتدائی، درونی، ۲۸۵	primary, intrinsic,
ثانوی، استسائی، امتلائی، برونی، ۲۸۷-۳۰۳	secondary, acquired, congestive, extrinsic,

جسم اصفر۔ سلسلہ سابق	Corpus, luteum—continued
اور دودن رسہ کا باہمی تعلق ' ۱۴۳۔	and endometrium, relationship between,
۱۴۵	
کا منظر ' ۵۱	appearance of,
کا انحطاط ' ۷۰	degeneration of,
کا نمو ' ۱۴۱-۱۴۵	development of,
طبعی، کا انحطاط، اس پر اثر کرنے	normal, degeneration of, factors
والے اسباب ' ۱۴۵-۱۴۶	influencing,
متغی ' ۶۸	organizing,
کا زمانہ فعالیت ' ۱۴۲	period of activity of,
کا زمانہ حیض سے تعلق ' ۱۴۳	relationship of, to menstruation,
رجعتی ' ۷۲	retrogressive,
نوخیز ' ۶۶	young,
قبائت اور ابتدائی بے طہیثیت ' ۲۵۸	Cretinism and primary amenorrhœa,
طہیث خفی ' ۲۳۶-۲۵۶-۲۵۹	Cryptomenorrhœa,
سرریاتی خصائص ' ۲۶۱	clinical features,
کلن کی امارت ' ۳۹۰	Cullen's sign,
جرف کا خطرہ رجعتی عفونت میں ' ۴۲۹	Curettage in uterine sepsis, danger of,
سلن ' ۲۰۱	Cylin,
دویرہ اور دویرے	Cyst and Cysts,
کیبسی ' ۵۲۹	hydatid,
بارتھولینی غدہ کا ' ۶۲۳ تا ۶۲۹	of Bartholin's gland,
مہبل کے ' ۶۵۲	of vagina,
دہنی اور غطائی ' فرج کے ' ۶۱۰	sebaceous and mucous, of vulva,
مستوطی سلمی ' فرج کے ' ۶۱۰	teratomatous, of vulva,
دویری غدی سلمہ مہبل کا کثیر خانہ دار ' ۶۵۳	Cyst-adenoma of vagina, multilocular,
التهاب مثانہ، حاد ' ۵۴۳	Cystitis, acute,
کا علاج ' ۵۴۸	treatment of,
کی بحث اسباب ' ۵۴۰ تا ۵۴۲	etiology of,
کی جراثیمیات ' ۵۴۱	bacteriology of,
مزمن ' ۵۴۳	chronic,
میں کاذب غدہ کی تشکیل ' ۵۴۲	formation of pseudo-glands in,
کا علاج ' ۵۴۸	treatment of,
کی تشخیص ' ۵۴۶	diagnosis of,
کی تفریقی تشخیص ' ۵۴۷	differential diagnosis of,
کی امراضیات ' ۵۴۳	pathology of,
کے علامات ' ۵۴۴	symptoms of,
قیلہ مثانیہ ' ۶۵۳	Cystocele,

عجامت کے دوران میں، مہبل کی دردیدگی، ۶۳۷	Coitus, laceration of vagina during, painful or difficult,
درد یا دقت، ۳۱۴	
خراج بارد، قلوپی نی کا، ۵۱۵	Cold abscess of Fallopian tube,
کالیس کا قانون مناعت، ۲۹۲	Colles' law of immunity,
التهاب مہبل، ۶۳۰	Colpitis,
مہبل شگافی، مقدم، ۱۹	Colpotomy, anterior,
موخر، ۱۹	posterior,
شگافی ستون، ۱۲۰	Columnae rugarum,
استقرار حمل، ۳۱۴	Conception,
حمل کے غبوس حاصلات، اور رحم کی نحت الحاد سرائت، ۳۳۲	retained products of, and sub-acute infection of uterus,
کا تخلیہ سرائت رحم میں، ۳۲۷	evacuation of, in uterine infection,
استقراری آشک، ۴۹۱	Conceptional syphilis,
رفالہ یا مردانہ غلاف امتناع حمل کے لئے، ۳۳۹-۳۳۷	Condom or male sheath in contraception,
فلطاحی سلعات نوکدار، ۳۶۶-۳۶۹-۴۷۰	Condylomata acuminata,
فرج کے، ۴۹۴-۶۰۴	of vulva,
امتناع حمل، ۳۳۵	Contraception,
کے حیاتیاتی طریقے، ۳۴۴	biological methods,
کیمیائی اشیا سے، ۳۴۲	by chemical substances,
کے لئے غنقی کلاہی فرازج، ۳۴۰	cervical cap pessaries,
کے دواہی، ۳۳۵-۳۳۶	indications for,
میں در رحمی طریقوں کے خطرے، ۳۴۱	intra-uterine methods, dangers of,
کے لئے مردانہ غلاف یا رفالہ، ۳۳۷-۳۳۹	male sheath or condom,
کے لئے میکانیکی تسددی طریقے، ۳۳۷	mechanical occlusive methods,
کے لئے فعلیاتی طریقے، ۳۴۵	physiological methods,
کے لئے تعقیم، ۳۳۷	sterilization,
کے طریقے، ۳۳۶	technique of,
کے لئے مہبل تسددی فرزجہ یا ڈچ کپ، ۳۳۷-۳۳۸	vaginal occlusive pessary or Dutch cap,
کے لئے مہبل اسفنج، ۳۴۴	sponge in,
اجسام جبلی الشکل، ۷۱	Corpora testiformia,
جسم ابیض، ۷۰	Corpus albicans,
بے انتهاب، ۷۱	atrolicum,
سفید، ۷۱	caudicans,
لینی، ۷۱	fibrosum,
اصفر، کی تشریح، ۱۶	luteum, anatomy of,

عنق — بسلسلہ سابق	Cervix—continued
کا عضلی نظام، ۳۷	musculature of,
کی عفونی سرائت، ۴۲۳	septic infection of,
فوق مہبل، ۲۶	supra-vaginal,
کے مستعرض رباطات، ۱۸-۲۲	transverse ligaments of,
کا تدرن، ۵۰۷	tuberculosis of,
مہبل، ۲۶	vaginal,
میں سے سہمی تراش، ۳۵	sagittal section through,
میں غدود کا اتساع، ۳۸	showing dilatation of glands,
ریانیہ، تناسلی خطہ میں، ۵۲۷	Cestodes in genital tract,
اکولہ، عنقی، ۴۹۳	Chancre, cervical.
ہنٹر کا، ۴۹۳	Hunterian,
شفری، ۴۹۳	labial,
کے بخارات، ۴۹۳	sites of
تغیر سن، ۱۷۷	Change of life,
کیمیائی مانعات جل، ۳۳۶-۳۴۲	Chemical contraceptives,
بچہ پیدا ہونے کے بعد رحم، ۴۴	Child-bearing, uterus after,
بچوں میں التهاب مہبل، ۶۴۱	Children, vaginitis in,
میں فرجی التهاب مہبل، ۶۴۱	vulvo-vaginitis in,
اخضریت اور ابتدائی بے طہشیت، ۳۶۵	Chlorosis and primary amenorrhoea,
اور ثانوی بے طہشیت، ۳۶۷	and secondary amenorrhoea,
سلوی سرحدی سلعہ مہبل کا، ۶۵۴	Chorionepithelioma of vagina,
سلوی سرطان مہبل کا، ۶۵۴	Chorionic carcinoma, of vagina,
سلوی خدلات، انبوبی و جم سے، ۳۶۳-۳۶۷	Chorionic villi from tubal mole,
سن یاس، ۱۷۷	Climacteric,
بظری میال، ۲۴۸	Clitoridian urethra,
بظری شربان، ۱۰۱	Clitoris, artery to,
کا سرحدی سلعہ، ۶۱۱	epithelioma of,
کی بیش پرورش، ۶۰۳	hypertrophy of,
خروج، ۱۲۰	Cloaca,
خروجی غشا یا صفحہ، ۱۲۱	Cloacal membrane or plate,
میں تغیرات، ۱۲۵	changes in,
خطہ کا نمو، ۱۲۱	region, development of,
عصصی عضلہ، ۳۱	Coccygeus muscle,
وجع العصص، ۵۹۹	Coccygodynia,
عصص کا وجع المص، ۵۹۹	Coccyx, neuralgia of,
حارونہ نما رحم، ۳۲۸	Cochleate uterus,
حزل، امتناع حمل کے لیے، ۳۵۴	Coitus interruptus, in contraception,

لحمیۃ مبال ، ۶۳۱	Caruncle, urethral,
بے ساقچہ ، ۶۳۸	sessile,
سبائک ، حیضی ، رجمی ، ۶۹۲	Casts, menstrual, uterine,
خلوی بافت ، حوضی ، ۱۶	Cellular tissue, pelvic,
خاوی التهابی خراج حوض ، ۴۵۳	Cellulitic pelvic abscess,
خلوی التهاب ، حوضی ، ۴۴۰ - ۴۴۶	Cellulitis, pelvic,
کی تشریح ، ۴۴۷ - ۴۴۸	anatomy of,
مزمن ، ۴۵۰	chronic,
کے مشابہ صورتیں ، ۴۵۵	conditions simulating,
کی تشخیص ، ۴۵۳	diagnosis of,
کی بحث اسباب ، ۴۴۸	etiology of,
میں ارتشاح ، ۴۴۹	exudation in,
کی امراضیات ، ۴۴۹	pathology of,
کے طبیعی امارات ، ۴۵۲	physical signs of,
کے اسباب معدہ ، ۴۴۹	predisposing causes,
کا انذار ، ۴۵۵	prognosis of,
کے علامات ، ۴۵۱	symptoms of,
کا علاج ، ۴۵۵	treatment of,
عنق کی خلقی بے انتقابی ، ۲۶۳	Cervical atresia, congenital,
عنق کلاہی فرازاج امتناع سہل میں ، ۳۴۰	cap pessaries in contraception,
عنقی دروں رحم کی ساخت ، ۲۳	endometrium, structure of,
تنہ دار فرزجہ ، امتناع سہل کے لئے ، کے	stem pessary for contraception, dangers of,
خطرات ، ۳۴۱	
عنقی مہلی مقام اتصال رحم کا ، ۴۲	Cervico-vaginal insertion of uterus,
عنق ، ۲۵	Cervix,
کا منظر ، دوران حیض میں ، ۱۶۷	appearance of, during menstruation,
کی خلقی بے انتقابی سے رحمی اجتماع الدم کی	atresia of, congenital, causing haemato-
پیدائش ، ۲۶۳	metra,
کے سرطان میں سمندید گئی خون ، ۴۱۸	carcinoma of, sapraemia in,
کی دائری شریان ، ۱۰۰	circular artery of,
غروطی ، ۲۳۶	conical,
کا اتساع ، عقم کے علاج میں ، ۳۳۱	dilatation of, in treatment of sterility,
کے حصے ، ۲۶ - ۲۷ - ۲۸	divisions of,
کا مرحلہ غلاف ، ۲۷	epithelial covering of,
کا تاعکل سوزاک کی وجہ سے ، ۴۷	erosion of, due to gonorrhoea,
کا سوزاک ، ۴۷	gonorrhoea of,
کا کم تکون اور بے انتقابی ، ۲۲۷	hypoplasia and atresia,
کے عروق لف ، ۱۰۳ - ۱۰۴	lymphatics of,
کا اتساع دوران حیض میں ، ۱۷۳	menstrual dilatation of,

بارتھولینی غدہ کا خراج ، ۶۲۵	Bartholin's gland, abscess of,
کا دویرہ ، ۶۲۳ تا ۶۲۷	cyst of,
کے امراض ، ۶۲۵	diseases of,
کا سوزاکی التهاب ، ۶۲۹	gonorrhœal inflammation of,
کا التهاب ، ۶۲۵	inflammation of,
کی نو ساختیں ، ۶۲۸	neoplasms of,
کا تدرن ، ۶۲۷	tuberculosis of,
اساسی تحولی شرح میں تبدیلی ، انقطاع الطمث	Basal metabolic rate, variation of, at
پو ، ۱۸۰	menopause,
تحول میں دوری اختلافات کا تعلق حیض	metabolism, cyclic variations in, rela-
سے ، ۱۷۰	tion to menstruation,
خون باش بلہارزیہ ، ۵۳۶	Bilharzia hæmatobia,
دو دستی امتحان ، ۴۰۴	Bimanual examination,
حیاتیاتی طریقے امتناع -ل کے ، ۳۴۴	Biological methods of contraception,
مثانہ کا غدی سرطان ، ۵۴۴	Bladder, adeno-carcinoma of,
خراش پذیر ، کی تفریقی تشخیص التهاب مثانہ	irritable, differential diagnosis from
سے ، ۵۴۷	cystitis,
کا مثلث ، ۱۲۸	trigone of,
خون کا امتحان ، ۲۱۸	Blood, examination of,
لصہ ، انقطاع الطمث کے علاج میں ، ۱۸۴	letting, in treatment of menopause,
دموی رسد ، فالوپ ٹلیوں کی ، ۵۵	supply of Fallopian tubes,
مبین کی ، ۵۴	of ovary,
نقلی خون ، دسی سرائت کے علاج میں ، ۴۳۱	transfusion in treatment of uterine in-
مروق خون ، حوض کے ، ۹۷	fection,
رحم کے ، ۴۱	vossels, of pelvis,
حریص رباطات کا تشریحی تعلق ، ۱۱	of uterus,
حیضی مواد میں کیلسیم کی موجودگی ، ۱۶۴	Broad ligaments, anatomical relationship of,
حصات مہبل ، ۶۵۰	Calcium content of menstrual discharge,
مبال ، ۶۳۶	Calculus of vagina,
کال اور ایکسز کے اجسام ، ۶۴	urethral,
سرطان مبال کا ، ۶۳۳ تا ۶۳۵	Call and Exnor, bodies of,
مہبل کا ، ۵۶۵	Carcinoma of urethra,
فرج سے بیاض سطحی التهاب فرج کا	of vagina,
تعلق ، ۵۸۴	of vulva, relationship of leucoplakie vul-
فلسانی خلیہ داد ، ۶۱۰	vitis to,
رباطات عظیم ، ۴۴	squamous-celled,
ملتہب لحیات آمیہ ، جماع مولم کا سبب ، ۳۱۶	Cardinal ligaments,
	Carcunula myrtiformes, inflamed, causing
	dyspareunia,

التهاب زائده - بسلسلہ سابق	Appendicitis—continued
کے سریری خصائص ، ۵۶۰	clinical features of,
کی بحث اسباب ، ۵۵۸	etiology of,
کی مرضی تشریح ، ۵۵۸	morbidity of,
میں عضلی استواری ، ۵۶۱	muscular rigidity in,
زائده کی تشریح اور موقع نگاری ، ۵۵۷	Appendix, anatomy and topography of,
نخل حیات ، ۳۰-۳۶-۳۳-۱۲۰	Arbor vitae,
شریانیں ، حیاتی ، داخلی ، ۱۰۱	Arteries, pudic, internal,
مہبل ، ۱۰۰	vaginal,
شریان ، عنق کی دائری ، ۱۰۰	Artery, circular, of cervix,
مہبل ، ۹۸	ovarian,
بظر کی ، ۱۰۱	to clitoris,
رہی ، ۹۶	uterine,
التهاب مفصل ، سوزاکی ، ۲۸۲	Arthritis, gonococcal,
خرطیہ صفراء ، ۵۳۶	Ascaris lumbricoides,
ایشیائیم زندگی کا تعامل ، ۱۵۰	Aschheim-Zondek reaction,
اسفر جلوسیت ، ۵۲۷	Aspergillosis,
بے انتہائی فرج کی ، ۲۳۷	Atresia of vulva,
استماع ، تشخیص میں ، ۲۰۰	Auscultation in diagnosis,
اووارڈ کا منظار ، ۲۱۲-۲۱۳	Auvard's speculum,
مجرد مہبل ، ۱۰۰	Azygos vaginae,
عصیہ ، بچہ کی مہبل میں ، ۴۰۶	Bacilli in vagina of child,
عصیہ بولیت کی تفریقی تشخیص التهاب مثانہ سے ، ۵۴۷	Bacilluria, differential diagnosis from cystitis,
عصیہ قولونی ریم بولیت میں ، ۴۱۱	Bacillus coli in pyuria,
بچہ کی مہبل میں ، ۴۰۶	in vagina of child,
دبیز ، ۵۹۴	crassus,
ڈیفٹیریا کا عصیہ ، ۴۱۳	diphtheriae,
ڈوڈرلین کا عصیہ ، ۴۰۷	of Doderlein,
کثیر الاشکال عمومی عصیہ ، ۴۱۳	proteus vulgaris,
عصیہ کزاز ، ۴۱۳	tetani,
تدرن ، ۴۱۲-۵۰۰	tuberculosis,
مہبل ، ۴۰۶	vaginal,
درد کمر ، ۱۹۲	Backache,
جراثیم مہبل ، ۴۰۷	Bacteria, vaginal,
جراثیم دمویٹ ، ۴۳۵	Bacteriæmia,
بارتھولینی غدہ کا التهاب ، نوعی ، ۴۷۰	Bartholinitis, specific,

غدی سرطان - بسلسلہ سابق مثانہ کا ، ۵۳۲	Adenocarcinoma—continued of bladder,
نرد مبابی غد کا ، ۶۳۲	of para-urethral glands,
مہبل کا ، ابتدائی ، ۶۵۶	of vagina, primary,
فرج کا ، ۶۱۵	of vulva,
غدی سلمہ ، بارتھولین کے غدہ کا ، ۶۲۹	Adenoma of Bartholin's gland, of vulva,
فرج کا ، ۶۰۹	
غدی سلعیت مہبل ، ۶۵۳	Adenomatosis vaginæ,
برگردوں پر حمل کا اثر ، ۱۸۶	Adrenals, effect of pregnancy on,
غذائی خطہ کی سرانٹیں ، ۵۵۶	Alimentary tract, infections of,
کلمیہ ، ۱۲۰	Allantois,
بے طمثیت ، ۲۵۵	Amenorrhœa,
امراضیاتی ، ۲۵۶	pathological,
فعلیاتی ، ۲۵۶	physiological,
ابتدائی ، ۲۵۶	primary,
کے عمومی اسباب ، ۲۸۶	developmental causes,
کے عمومی اسباب ، ۲۶۴	general causes of,
کا علاج ، ۲۶۵	treatment of,
سے ، دروں افرازی غد کا تعلق ، ۶۶۸	relation of endocrine glands to,
ثانوی کے اسباب ، ۲۶۶	secondary, causes of,
کا علاج ، ۲۶۹	treatment of,
بولی تناسلی امینیا ، ۵۲۸ - ۵۴۰	Amœba urogenitalis,
عدم دمویت اور ابتدائی بے طمثیت ، ۲۶۲	Anœmia and primary amenorrhœa,
اور ثانوی بے طمثیت ، ۲۶۴	and secondary amenorrhœa,
متلف اور سخت طمث ، ۲۴۸	pernicious, and menorrhagia,
مہزی غشا ، ۱۲۷	Anal membrane,
زنانہ کھفتہ حوض کی تشریح ، ۳	Anatomy of female pelvic cavity,
غیر شبی زمانہ کے خواص ، ۱۳۲ - ۱۳۳	Anœstrum, period of, characteristics of,
مہز کا سوزاک ، ۴۷۹	Anus, gonorrhœa of,
فلاعی التهاب فرج ، ۵۷۷	Aphthous vulvitis,
ایپیال ، ۲۷۹	Apiol,
التهاب زائده ، ۵۵۶	Appendicitis,
میں شکی امارات ، ۵۶۰	abdominal signs in,
میں خراج کا نکلنا ، ۵۵۹	abscess formation in,
حاد کا علاج ، ۵۶۱	acute, treatment of,
حوضی التهاب باریطون کے سبب کے طور پر ، ۴۳۱ - ۴۳۸	as cause of pelvic peritonitis,
مزمن ، کے سریری خصائص ، ۵۶۲	chronic, clinical features of,
کی مرضی تشریح ، ۵۶۳	morbid anatomy of,
کا علاج ، ۵۶۵	treatment of,

اشاریہ
امراض النساء
جلد اول

شکم کا امتحان ، معائنہ ، ۱۹۶	Abdomen, examination of, inspection,
جس ، ۱۹۷	palpation,
قرع ، ۱۹۹	percussion,
کے خطے ، ۱۹۸-۱۹۹	regions of,
شکم کے اور دوسرے اورام کی تحقیقات ، ۱۹۵	Abdominal and other swellings, investigation of,
کا امتحان ، ۱۹۶	examination,
شکمی دھننے ، زائد ، ۲۵۱	Abdominal ostia, accessory,
جل ، ثانوی ، کی تشخیص ، ۳۹۷	pregnancy, secondary, diagnosis of,
کا علاج ، ۴۰۱	treatment of,
امارات ، التهاب زائدہ میں ، ۵۶۰	signs in appendicitis,
اسقاط کے باعث تقيح الدم ، ۴۳۵	Abortion, pyæmia due to,
سے آتشک کا تعلق ، ۴۹۶	syphilis in relation to,
انبوی ، ۳۶۰-۳۹۰	tubal,
مع انبوی اجتماع الدم ، ۳۵۷	with hæmatosalpinx,
خراج ، زائدی ، ۵۵۹	Abscess, appendicular,
کا تسکون التهاب زائدہ میں ، ۵۵۹	formation in appendicitis,
دروں باریطونی ، ۴۴۲	intra-peritoneal,
شغری ، ۶۲۵	labial,
بارتھولینی غدہ کا ، ۶۲۵	of Bartholin's gland,
سرحد رخی ، ۴۴۲	perimetric,
سرحد کروی ، ۴۵۳	perinephritic,
انبوی ملیضی ، ۴۴۲	tubo-ovarian,
زائد شکمی دھننے ، ۲۵۱	Accessory abdominal ostia,
شعاع فطرت ، اعضائے تناسل کی ، ۵۲۳	Actinomycosis of genital organs,
مرضی تشریح ، سریری خصائیس اور	morbid anatomy, clinical features and
علاج ، ۵۲۵-۵۲۶	treatment,
التهاب غدہ ، ۴۶۹	Adenitis,
غدی سرطان ، بارتھولین کے غدہ کا ، ۶۳۰	Adenocarcinoma of Bartholin's gland,

